Encyclographie

DES

SCIENCES MÉDICALES.

Encyclographie

DES

SCIENCES MÉDICALES.

RÉIMPRESSION GÉNÉRALE

DES

OUVRAGES PERIODIQUES SUR CES SCIENCES, PUBLIÉS EN FRANCE

SAVOIR :

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICALES;
JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES;
ANNALES DE LA MÉDECINE PHYSIOLOGIQUE, DE BROUSSAIS;
BIBLIOTHÈQUE HOMOEOPATHIQUE;
ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE;
REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE;
JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ PHRÉNOLOGIQUE DE PARIS;
JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE, ETC.
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES;
GAZETTE MÉDICALE DE PARIS;
LA LANCETTE FRANÇAISE, GAZETTE DES HOPITAUX;
ANNALES D'HYGIENE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE;
BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE ET CHIRURGICALE;
JOURNAL DE PHARMACIE ET DES SCIENCES ACCESSOIRES;
JOURNAL DE CHIMIE MEDICALE, DE PHARMACIE ET DE TOXICOLOGIE;
BROCHURES MÉMOIRES, THÈSES, ETC.

TOME VINGT-SEPTIÈME.

NOVEMBRE 1834.

Bruxelles,

ETABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, QUAI AU FOIN, N° 33.

1834.

JOURNAL

DES

CONNAISSANCES MÉDICALES.

AOUT ET SEPTEMBRE 1834.

N° D'AOUT.

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

—

De l'Aménorrhée et de son traitement par les frictions électriques suivant un nouveau procédé.

Par M. le D. ANDRIEUX, médecin de l'hospice royal des Quinze-Vingts.

L'aménorrhée est une des maladies dont le traitement par les frictions électriques est le plus souvent suivi de succès. Elles ne doivent pourtant pas être employées indistinctement dans tous les cas : l'examen des causes et des symptômes de cette affection en fera facilement concevoir le motif.

La menstruation qui, pendant la plus grande partie de la vie, semble être chez les femmes le régulateur de la santé, revient à des époques périodiques, dont la distance et la durée ne peuvent changer sans déterminer de graves accidens. Le climat, le tempérament, l'éducation, le genre de vie, influent puissamment sur la première apparition de cette importante fonction. A cette époque les goûts de la jeune fille changent, les plus légères impressions l'affectent vivement, le système utérin acquiert une sensibilité exquise ; la matrice, jusqu'alors plongée dans l'inertie, s'éveille et devient la source de nouvelles sensations ; les mamelles se développent : en un mot, les phénomènes physiques et moraux les plus remarquables signalent cette période orageuse de la vie.

Une fois établie, cette fonction se reproduit régulièrement et ne s'interrompt que pendant la grossesse et la lactation jusqu'à l'âge de 45 à 50 ans. Les évacuations sanguines s'éloignent alors et la quantité de sang diminue chaque fois jusqu'à leur cessation complète, où la menstruation s'arrête brusquement, et des maladies qui étaient restées latentes, prennent tout à coup un développement rapide. La menstruation est pour la femme une fonction tellement importante qu'elle ne peut pas se déranger ou se suspendre sans que la santé en soit altérée.

L'absence ou la suppression accidentelle des règles a reçu le nom d'aménorrhée. Cette maladie peut se présenter sous deux aspects différens ; tantôt, l'âge où cette fonction devrait se montrer passe sans qu'elle s'établisse ; parfois, au contraire, les règles qui existaient avec leur périodicité normale se suppriment accidentellement. Dans le premier cas, la maladie dépend du défaut d'excitation vitale de l'utérus, et les frictions électriques opèrent des guérisons presque constantes ; dans le second, la maladie est ordinairement la suite de l'action d'une cause étrangère qui agit sur l'individu, et les traitemens les plus variés peuvent être couronnés par le succès.

Les causes prédisposantes de l'aménorrhée sont : un développement imparfait, à la suite d'affections chroniques de l'enfance, le tempérament lymphatique, qui imprime à l'utérus comme à tous les autres organes, un état de langueur et de débilité, surtout quand son action nuisible est favorisée par l'habitation dans des lieux sombres et humides, l'usage d'alimens malsains ou insuffisans, une croissance trop rapide, des évacuations excessives, la tristesse, une vie molle, oisive, sédentaire, le célibat, etc. : toutes ces causes produisent l'inertie des organes génitaux, et surtout le défaut d'action de ces organes sur ceux de la digestion, de la circulation et de l'hématose.

Les causes occasionelles doivent, pour produire l'aménorrhée, agir au moment de l'apparition des règles ou pendant leur durée : ce sont l'impression produite par l'action brusque de l'air froid quand le corps est en sueur, par des boissons froides ou par l'immersion d'une partie du corps dans l'eau fraîche ; une saignée pratiquée sans nécessité, ou des évacuations abondantes produites par un émétique ou par un purgatif administré mal à propos. La colère, la frayeur etc., quelques-unes de ces causes peuvent amener l'inertie de l'utérus ; mais les autres agissent en produisant une congestion sanguine qui réclame un traitement tout différent.

Symptômes.—Quand l'époque de la puberté se passe sans que les règles s'établissent, on observe une altération dans les goûts et dans les habitudes de la jeune fille ; elle devient triste, mélancolique, paresseuse et irritable au plus haut degré, la moindre contrariété la fait pleurer abondamment ; elle éprouve des douleurs dans le dos, les lombes et les articulations ; sa figure devient pâle, bouffie, plombée ; les lèvres se décolorent, les paupières s'œdématisent, les yeux perdent leur éclat, la sclérotique

est d'un blanc opaque et légèrement bleuâtre, la peau est sèche et aride, le pouls fréquent, petit et faible, les digestions difficiles, les alimens sont pris avec répugnance; le moindre exercice produit une fatigue extrême et s'accompagne d'oppression, de palpitations qui forcent souvent la malade à s'arrêter; les jambes et les pieds se gonflent, la propension au sommeil est presque invincible.

Si la maladie continue, la face perd cette blancheur qui avait fait comparer la malade a une statue de marbre, et prend autour des yeux et du nez une teinte jaune verdâtre; il survient une douleur de tête qui a presque constamment son siége à l'occiput; la dyspnée augmente, le moindre exercice est suivi de palpitations, de défaillances; les digestions s'altèrent de plus en plus: aux alimens doux qu'elle aimait, la malade préfère ceux qui sont fortement épicés; elle ne mange que par caprice, pour satisfaire des goûts bizarres qui amènent bientôt les vomissemens et la diarrhée ou une constipation opiniâtre.

Les facultés morales et intellectuelles s'affaiblissent de plus en plus; ce qui était même l'objet de ses amusemens les plus vifs, de ses affections les plus tendres, la trouve complétement insensible, les caprices les plus extravagans, la susceptibilité la plus vive, remplacent l'égalité de caractère et l'enjouement si naturels à son âge, des larmes involontaires s'échappent de ses yeux, et elle ne tarde pas à tomber dans le marasme, si les secours de l'art ne parviennent à faire cesser de si graves désordres.

Le diagnostic de cette maladie est ordinairement très-facile, l'ictère et quelques affections chroniques de l'estomac ont avec elle des ressemblances trop faibles pour tromper un praticien exercé; mais il est un cas, heureusement très-rare, où il serait facile de commettre une erreur: c'est quand plusieurs des symptômes précédens accompagnent l'existence d'une grossesse assez peu avancée pour qu'il ne soit pas encore possible d'acquérir la certitude de la conception, et que la malade a un intérêt puissant à cacher un état qui peut compromettre sa réputation et son avenir. Il faut alors n'employer aucun moyen actif jusqu'au 120e ou 130e jour de la conception, époque à laquelle les mouvemens du fœtus et le bailottement, le bruit de soufflet au point d'insertion du placenta et les battemens du cœur de l'enfant font cesser tous les doutes.

Traitement.—La première indication à remplir est de soustraire la malade à l'empire des causes prédisposantes et occasionelles: il faut ensuite exciter par l'emploi méthodique de l'électricité le système utérin, dont l'inertie est, comme nous l'avons vu, la cause la plus fréquente de la maladie, réservant la saignée, les sangsues à la vulve, et les pédiluves sinapisés pour les cas peu nombreux, où la pléthore produit l'aménorrhée. Ainsi, quand une malade, d'une constitution faible, délicate, dont le genre de vie est sédentaire, réclame des soins parce que la révolution menstruelle ne peut se faire, ou ne s'opère qu'imparfaitement, loin de lui appliquer des sangsues à la vulve, et de l'abreuver d'infusions d'armoise, de rhue, de sabine, moyens funestes en pareil cas, puisqu'ils n'agissent sur l'utérus qu'en excitant l'estomac et les intestins qui sont déjà malades, je fais cesser les accidens en employant l'électricité.

Mauduyt, qui déjà avait eu recours à l'emploi de ce moyen, isolait la malade, qui était électrisée par bains, et une pointe mousse en métal, maintenue par un support communiquant avec le sol à trois ou quatre pouces en avant du pubis, soutirait l'électricité. Ce mode d'administration, très-peu actif, produisit quelques guérisons; mais les frictions électriques lui sont infiniment préférables. Le procédé que j'ai décrit dans un autre travail, doit nécessairement être modifié dans ce cas, car il répugnerait à la plupart des malades de se laisser frictionner sur les cuisses et sur les organes génitaux avec un plateau métallique, même à travers les vêtemens.

Pour obvier à cet inconvénient, j'ai fait faire un fauteuil qui porte à la partie antérieure et moyenne de son coussin, une boule métallique de deux pouces de diamètre; la tige qui la porte est soigneusement isolée dans le coussin, et se termine à sa partie inférieure par un crochet qui peut être facilement mis en communication avec le conducteur mobile qui règle l'énergie de l'étincelle électrique

La malade s'asseoit sur ce fauteuil sans déranger ses vêtemens; elle se laisse glisser en avant, jusqu'à ce qu'elle soit arrêtée par le contact de la boule avec la partie supérieure des cuisses; ses pieds communiquent librement avec le sol par une large plaque métallique. Dès qu'on tourne le plateau, des étincelles de trois à huit millimètres de long s'élancent de la surface de la boule sur toutes les parties qui l'avoisinent et y produisent une stimulation d'autant plus vive, que les étincelles sont plus nombreuses et leur action plus long-temps continuée. Ordinairement, après dix ou douze minutes, la friction électrique produit de la chaleur, du gonflement, de la rougeur, tous les signes, en un mot, d'une congestion sanguine active. Quand cette action a été répétée plusieurs jours de suite, les palpitations, la dyspnée, le défaut d'appétit, la répugnance pour l'exercice cessent complètement, et l'on peut alors donner à la malade des boissons et des alimens toniques que son estomac supporte parfaitement. En moins de quinze jours, le retour à la santé paraît complet; après un temps variable, et qui dure rarement plus d'un mois, l'évacuation sanguine paraît. Quand la débilité a été portée très-loin, il est quelquefois nécessaire de recourir à l'action de semblables frictions électriques pendant les huit ou dix jours qui précèdent la seconde apparition des règles. Le plus ordinairement cette précaution n'est pas nécessaire, et l'évacuation sanguine se reproduit régulièrement.

E. ANDRIEUX.

(*La suite au numéro de septembre.*)

—

CLINIQUE DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS.

—

Résumé des leçons de M. le professeur Alibert sur les maladies de la peau.

(2e ARTICLE.)

Dartre squameuse, ses caractères, ses variétés et son traitement.

Nous avons entamé l'histoire des *dermatoses dartreuses* par l'examen de la plus terrible de toutes : *l'esthiomène.* Nous allons continuer à en exposer, par une série d'observations, les principales espèces et les variétés les plus communes.

Nous prendrons d'abord l'espèce *squameuse* du genre *herpes* (1), pour étudier les formes qui se rencontrent le plus souvent dans la pratique.

Herpes squammosus madidans. Dartre squameuse humide (*Eczéma* de Willan et Bateman).

Si l'on assiste au développement de cette maladie, on la voit se manifester par une éruption de vésicules très-fines, agglomérées d'ordinaire sans auréole inflammatoire, qui ne tardent pas à se rompre et à laisser suinter une liqueur séreuse plus ou moins limpide. Celle-ci se répand sur la portion du tégument qui est le siége de la maladie, l'enflamme, l'excorie, la fendille et détermine une nouvelle exhalation séreuse qui se joint à la première et se convertit, par la dessiccation, en larges squammes, minces, jaunâtres irrégulières. C'est à ces phénomènes de transsudation et de formation de lames écailleuses que l'affection qui nous occupe doit son nom de *dartre squameuse humide* : cependant, dans certains cas surtout, si le mal est ancien, les squames ne semblent pas formées par la concrétion d'un suc exhalé, mais ce sont plutôt de larges plaques d'épiderme soulevées par les couches sous-jacentes.

Bornée d'abord à une surface peu étendue, la dartre s'agrandit et gagne de proche en proche, soit par de nouvelles éruptions de vésicules, soit, comme dans quelques cas cela semble avoir lieu, par l'irritation et l'érosion qui résultent de l'épanchement sur les parties voisines des matières transsudées.

La douleur et la démangeaison, peu marquées dans certains cas, sont dans d'autres parties au point de devenir intolérables : cette circonstance d'un prurit excessif coïncide presque toujours avec une rougeur très-vive et un suintement très-abondant de la partie malade.

Le siége le plus fréquent de la dartre squameuse humide est sur les membres inférieurs. On l'observe chez un grand nombre des vieillards, surtout autour des ulcères variqueux, alors la peau n'offre pas cet aspect rouge et lisse qui se rencontre fréquemment dans les cas ordinaires, mais elle est livide, terne et bleuâtre.

Quelles sont les maladies qui pourraient être confondues avec l'*herpes squammosus*? nous trouvons d'abord la *mélitagre* (*impetigo* de Willan); mais l'examen comparatif de ces deux états morbides sera mieux placé à la suite de l'histoire de la mélitagre, dont nous parlerons ailleurs; vient ensuite la *dartre furfuracée arrondie* (*Psoriasis* des Anglais); mais celle-ci n'occupe pas de larges surfaces comme la dartre squameuse; les furfures petites, brillantes et nacrées de la première ne sauraient être confondues avec les écailles plates, larges et minces qui dans la seconde revêtent des surfaces rouges, luisantes, souvent excoriées et de même niveau que le tégument voisin.

Quant à l'*ichthtiose*, maladie le plus souvent congénitale, caractérisée par des squames nacrées, occupant une portion très-étendue, sinon la totalité de l'enveloppe cutanée, sans changement de couleur à la peau, elle ne saurait induire en erreur.

Herpes squameux lichénoïde.

Le 30 avril, on reçut dans le service de M. Alibert une femme de cinquante ans environ, atteinte depuis plusieurs années d'une dartre squameuse, occupant, des deux côtés, la face dorsale de la partie inférieure de l'avant-bras et de tout le carpe et le métacarpe jusqu'à la racine des doigts. Au-dessus du poignet on retrouvait parfaitement tous les caractères de la squameuse humide, c'est-à-dire une surface rouge, arrosée d'une sérosité qui se concrétait en écailles minces et jaunâtres; mais à mesure que l'on descendait vers les limites du mal, les squames devenaient plus épaisses et plus sèches, la peau perdait son aspect humide et luisant et sa coloration rouge pour devenir d'un blanc sale, rugueuse et terne; enfin vers les articulations métacarpo-phalangiennes; on ne voyait plus qu'une surface chagrinée, recouverte d'écailles petites, dures, épaisses, cassantes, arrondies et inégales. Or, l'affection dartreuse avait commencé, au rapport de la malade, sur la face dorsale de la main, et elle présentait alors tous les caractères de la squameuse humide; de là, elle s'était étendue à l'avant-bras. Ainsi chez cette femme, il y avait eu véritable transformation d'une des formes de la dartre squameuse en une autre; que de raisons pour rapprocher deux maladies dont la nature semble elle-même prendre plaisir à nous montrer les liens d'affinité.

Dartre squameuse orbiculaire (herpes squamosus orbicularis).

Cette variété attaque surtout le pourtour des ouvertures naturelles, la bouche, le nombril, les mamelons, etc.

1° *Squameuse orbiculaire des lèvres.*

*** âgée de 17 ans, non encore réglée, ayant toujours joui d'une excellente santé, est depuis l'âge de six mois tourmentée d'une affection dartreuse siégeant sur la face et qui semblerait dans le principe avoir été une mé-

(2) Voyez la *Monographie des Dermatoses*, par M. le baron Alibert, t. II.

litage transformée depuis en dartre squameuse. En effet, à l'en croire, tout le visage était autrefois occupé par des croutes jaunes très-épaisses, se reproduisant avec une extrême facilité et l'incommodant au point de gêner les mouvemens de la mastication. Plusieurs fois elle fut mise en traitement (elle ne peut en indiquer la nature) et le mal fut amendé, mais jamais il n'y eut guérison complète. Depuis quelques années, les joues sont entièrement débarrassées. Entrée à l'hôpital Saint-Louis dans le courant de juin, elle s'est présentée à nous dans l'état suivant : le pourtour de la bouche est recouvert dans l'étendue qu'occupe habituellement le muscle orbiculaire, d'une dartre squameuse bien caractérisée, la peau est fendillée en sillons qui rayonnent autour des lèvres ; elle est d'un rouge assez vif, se fondant insensiblement avec la peau saine des joues et du menton ; pas des vésicules aux environs de la dartre dont les signes sont d'ailleurs assez tranchés pour se passer de ce moyen de diagnostic. Cette observation n'est pas seulement remarquable par la longue durée de l'affection qui en fait le sujet, et le passage d'une dermatose dartreuse (la mélitagre) en une autre du même groupe (la squameuse), mais encore par l'état actuel de la maladie qui peut servir de type pour décrire la squameuse orbiculaire des lèvres. Soumise au traitement qui sera indiqué plus bas, le cercle s'est encore rétréci, et tout fait espérer une assez prochaine guérison.

2° *Squameuse orbiculaire du sein.*

Trois femmes, atteintes de cette curieuse variété de la dartre squameuse, ont été simultanément présentées à la clinique dans le courant de mai et de juin. Chez deux, l'une âgée de vingt-trois ans, l'autre de dix neuf, les deux seins étaient affectés ; chez la troisième, âgée de dix-sept ans, d'une constitution lymphatique, et tourmentée depuis son enfance d'éruptions dartreuses, la mamelle gauche était seule malade. Chez ces différens sujets, l'aspect de la maladie était le même ; autour du mamelon, on voyait s'arrondir un cercle rougeâtre parfaitement régulier, de 15 à 20 lignes de rayon, recouvert de squames minces et jaunâtres ; en dehors de la circonférence du cercle on voyait parfois apparaître de petites vésicules qui ne tardaient pas à se déssécher, quelques-unes se rompaient, et il en résultait par la dessiccation du liquide contenu de petites lamelles jaunâtres, disséminées autour de la dartre principale. La première présentait une complication qu'il n'est pas rare d'observer en pareil cas ; je veux parler d'un engorgement des seins. Cependant à l'aide de frictions avec une pommade résolutive et d'une compression méthodique on est parvenu à faire disparaître assez rapidement ces indurations.

A ces exemples nous pouvons joindre une variété qui s'observe assez fréquemment autour des oreilles, et dont nous avons actuellement sous les yeux deux cas que voici :

1° Au n° 21 du pavillon Gabriel, est couchée la nommée Cécile Huet, âgée de 18 ans, blonde, d'une constitution éminemment lymphatique, affectée fréquemment d'engorgemens cervicaux ; du reste, santé habituelle assez bonne, Il y a trois mois, sans cause appréciable, et sans que la malade puisse se rappeler de quelle manière l'affection a débuté, il se manifesta sur chaque oreille une dartre squameuse, dont les progrès s'étendirent jusqu'à un pouce environ de rayon autour de cet organe. La peau est à peine rosée et légèrement humide, recouverte de petites lames écailleuses, minces et ressemblant à des plaques d'épiderme. La chute de ces lames est suivie en peu de temps de la reproduction des autres tout-à-fait semblable il existe une démangeaison légère. Traitée dès son arrivée par les excitans (voyez plus bas le traitement) et bientôt par la cautérisation avec la pierre infernale, elle est actuellement guérie.

2° Au n° 7 du même pavillon est une autre jeune fille de 17 ans, présentant les mêmes conditions de tempérament que la précédente ,et atteinte depuis l'âge de cinq ans d'un écoulement par l'oreille droite. Il y a quatre mois, autour de l'oreille malade et à sa surface, apparition d'une squameuse humide plus caractérisée que dans le cas précédent. L'oreille est légèrement tuméfiée, rouge, tendue, luisante, écailleuse ; la maladie s'étend tout autour à la distance d'un pouce et demi environ, et même inférieurement se prolonge sur les parties latérales du cou ; il n'y a pas de prurit, mais un sentiment de gêne et de tension. Dans l'un et l'autre cas, il a été impossible, même en s'aidant du microscope, de découvrir la moindre vésicule, et, renouvelée plusieurs fois, cette recherche est toujours restée sans succès.

Traitement.

L'examen attentif d'une maladie a pour but de déterminer les indications sur lesquelles réposera sa thérapeutique ; si donc nous résumons ce que nous avons appris par l'examen des symptômes de la dartre squameuse, nous remarquons deux circonstances principales bien tranchées : Dans une de ses variétés il y a inflammation ; dans l'autre absence complète de tous les signes de cette inflammation. C'est sur cette double considération qu'est fondé le traitement de l'affection qui nous occupe.

Dans le premier cas, il existe de la rougeur, un suintement abondant, un prurit très-intense. Tout le monde voit que les antiphlogistiques sont ici impérieusement réclamés. Si la maladie occupe de larges surfaces, qu'elle détermine une réaction fébrile, il sera bon de l'attaquer par une saignée générale. S'il n'y a pas de symptômes généraux, on se bornera à une application de sangsues autour de la dartre. En même temps on fera des lotions émollientes fréquemment répétées. Pour ce, on emploiera les décoctions de son, de mauve, de cerfeuil, et si c'est le bras ou la jambe qui soit affectée, on se servira avec avantage des bains locaux avec les mêmes décoctions, ou avec une dissolution de gélatine. Les cataplasmes secondent heureusement ces divers moyens, mais il faut ici employer de préférence les cataplasmes de fécule ; car la farine de graine de lin, en contact avec les matières ichoreuses qui suintent incessamment de la partie lésée, s'altère, fermente, devient elle-même irritante, et peut donner lieu à des éruptions vésiculeuses ou pustuleuses au-

tour du siége primitif de la maladie. Les bains entiers, simples ou gélatineux, sont encore très-utiles pour faire tomber l'orgasme inflammatoire. A l'intérieur, on donnera des boissons délayantes, rafraîchissantes, et légèrement laxatives, telles que petit-lait, bouillon de veau ou de poulet, limonade, etc. La phlogose dissipée, le traitement rentre dans celui du second.

Dans celui-ci, dès le début, ou à la suite de l'état aigu, la peau et à peine rosée, le suintement plus ou moins abondant, pas de chaleur ni de cuisson, une démangeaison légère. Il faut ici modifier par les excitans l'état des surfaces malades. Parmi les nombreux stimulans que fournit la matière médicale, on choisira les préparations sulfureuses qui seront administrées 1° à l'état liquide, en lotions, (eaux artificielles de Baréges, solution ioduro-sulfureuse, etc.); 2° à l'état de pommade (pommade sulfureuse, simple, pommade d'iodure de soufre, etc.). En même temps que ces moyens locaux sont mis en usage, il est bon de déterminer sur toute l'enveloppe cutanée une réaction salutaire qui est déterminée à l'aide des bains généraux sulfureux, ou des fumigations de même nature. On a obtenu des succès assez marqués de douches de vapeur dirigées sur la dartre elle-même. Si tous ces moyens échouaient, et avant même de les avoir *tous* employés, ce qui prolongerait inutilement le traitement, M. Alibert emploie, avec beaucoup d'avantage, les cautérisations superficielles avec la pierre infernale promenée sur les surfaces squameuses, ou sur une portion seulement, selon l'étendue du mal. Ce procédé, en changeant la vitalité des parties, amène souvent avec une grande promptitude la guérison des dartres très-rebelles. Quant au traitement à donner à l'intérieur, il consistera, pour le sujet scrofuleux, dans l'usage des boissons amères (houblon, pensée sauvage, chicorée, etc., etc.); l'administration chaque matin d'une demi-once à deux onces de sirop anti-scorbutique, ou de quinquina : les vins de gentiane, de quinquina, sont très-avantageux : les pastilles soufrées sont encore fréquemment administrées à la dose de 3 ou 4 dans les vingt-quatre heures. Pour les sujets non-scrofuleux, les boissons émollientes et laxatives suffisent. Ces divers moyens seront secondés par l'usage des purgatifs donnés de temps en temps, dans le but de déterminer une dérivation vers le canal intestinal, et de s'opposer aux inconvéniens qui pourraient résulter de la guérison d'une dartre ancienne sorte d'émonctoire auquel l'économie se serait habituée.

Quant au régime à suivre pendant la durée du traitement, il suffit d'une diète légère pendant la période inflammatoire. Une bonne alimentation, l'exercice, l'air de la campagne, s'il est possible, dans le second cas, suffisent pour favoriser l'emploi des moyens thérapeutiques.

La dartre squameuse étant peut-être la plus fréquente de toutes les affections herpétiques, on ne doit pas s'étonner que nous ayons aussi longuement insisté sur ses caractères et sur son traitement.

BEAUGRAND.

De l'évulsion des dents, par M. A. TOIRAC, D.-M., dentiste.

(DEUXIÈME ARTICLE (1)).

Avant de faire l'extraction d'une dent, il faut tenir compte de la forme qu'elle affecte et de son volume, de la place qu'elle occupe dans la bouche, de son inclinaison naturelle ou anormale, de la plus ou moins grande solidité avec laquelle elle est implantée dans la mâchoire, de sa nature plus ou moins friable, du degré de destruction auquel elle est parvenue; enfin, de l'âge du sujet, de sa constitution et de l'état actuel de sa santé.

Sans toutes ces considérations qui paraîtront peut-être minutieuses, ce serait s'exposer bénévolement à déterminer des accidens qui ne sont déjà que trop nombreux malgré les précautions qu'on a su prendre.

En général, lorsque les dents sont courtes, épaisses, serrées, dans leur arrangement régulier, il est à présumer que les racines en sont longues, et qu'elles offriront à leur extraction une forte résistance. Si à cette disposition se joignent quelques adhérences, que les racines convergent vers leurs extrémités, et renferment entre elles une portion d'os, en forme de clavette, disposition que l'on désigne sous le nom de dents barrées, ou si au contraire les racines divergent et que le diamètre que présente le collet soit beaucoup plus court que la ligne qui serait tirée d'une racine à l'autre, il faut nécessairement que dans la plupart de ces cas une portion alvéolaire cède, ou que la racine se brise en partie. Ces accidens, à moins que la lésion ne soit profonde, (ce qu'on peut éviter avec quelque précaution), n'offrent en général rien de bien fâcheux. Un simple collutoire froid miellé et acidulé, souvent répété, combat avec efficacité l'inflammation qui pourrait se développer, et tout rentre bientôt dans l'ordre.

Il n'en est pas de même lorsque le point d'appui ayant été pris sur les dents ou sur le bord alvéolaire, et que ceux-ci cédant dans l'opération, il en résulte des fractures, suivies presque toujours de déchiremens, et plus tard de nécroses plus ou moins étendues, dont le séquestre ne se détache qu'après de longues souffrances et une suppuration qui suinte continuellement dans la cavité buccale, et qui fait le désespoir du malade. M. le docteur Huet m'a dernièrement adressé un de ses cliens chez lequel un dentiste, en voulant enlever la première grosse molaire au moyen du *Pélican*, fit culbuter en dedans les deux petites molaires voisines sur lesquelles il avait pris son point d'appui et entraîna avec elles toute la portion de la mâchoire dans laquelle elles étaient implantées. Il en est résulté du gonflement, de la suppuration, puis au bout de trois mois une nécrose et la perte des dents, malgré tous les soins que nous nous sommes donnés pour les conserver.

Sans contredit, les dents, qui, dans certains cas, offrent à l'extraction des difficultés presque insurmontables

---

(1) Voyez l'*Encyclogr. des sciences médicales*, t. XXIV. p. 21.

sont les dents dite de sagesse, de la mâchoire inférieure; aussi convient-il, pour ce motif, de se faire l'idée de la direction de leurs racines.

Si la couronne en est large, bien développée, si la dent semble solidement enchâssée dans l'os et les gencives, qu'elle ait une légère inclinaison en avant, qu'elle se trouve placée très-en arrière, près des ptérigoïdiens internes, il est à présumer que ses racines sont recourbées dans la direction de la base de l'apphyse coronoïde. On sent d'avance que pour relever une telle dent, il faut absolument la culbuter d'avant en arrière pour faire parcourir à la racine l'arc de cercle qu'elle décrit; le seul instrument dont on puisse se servir en pareil cas, est l'élévatoire, que j'ai déjà mentionné. On en introduit la pointe à plat entre la dent de sagesse qu'on veut ôter et la voisine, qui sert de point d'appui, et qu'on a soin de soutenir fortement avec le pouce; ensuite par un mouvement de basculе, en tirant à soit et en inclinant en bas, on la soulève, en la poussant en même temps en haut et en arrière.

En agissant autrement, c'est-à-dire en faisant usage d'instrumens qui prendraient leur point d'appui sur le bord alvéolaire, on s'exposerait à enlever des portions considérables d'os et à causer des lésions plus ou moins étendues des parties molles, toujours accompagnées d'inflammation, qui s'étend à toute l'arrière-bouche, jusqu'à la base de la langue. Souvent le malade ne peut ni ouvrir la bouche ni avaler, et la fièvre se déclare quelquefois accompagnée de symptômes cérébraux fort alarmans.

Aussitôt qu'une dent a été enlevée, une émission sanguine, comme on sait, a lieu de suite, elle est plus ou moins abondante, et semble d'avance combattre l'inflammation qui doit se développer au lieu de l'opération. Dans la plupart des cas le sang qui commence par couler abondamment cesse peu à peu, et finit bientôt par disparaître entièrement; mais il n'en est pas toujours ainsi, et plus d'une fois une véritable hémorrhagie à laquelle on était loin de s'attendre se manifeste, non pas immédiatement après l'opération, mais plusieurs heures, plusieurs jours plus tard, et vient compromettre la santé et même la vie du malade.

Dans les cas les plus simples on arrête le sang qui coule des gencives, avec des gargarismes spiritueux ou acidulés; mais si l'hémorrhagie est opiniâtre, il faut recourir à d'autres moyens, ou s'assurer d'abord, s'il ne reste pas quelque esquille adhérente aux parties molles, si l'écoulement ne prend pas son origine dans le fond de l'alvéole ou de quelques artérioles voisines, etc.

Les moyens le plus ordinairement employés, et qui sont presque toujours suffisans, sont le tamponnement, au moyen de charpie ou de coton, imbibé d'un spiritueux, de vinaigre ou d'eau de Rabel, ou l'introduction dans l'alvéole d'un morceau de cire ramollie au feu qu'on enfonce dans l'alvéole avec assez de force pour lui faire prendre toutes les formes qu'offre sa cavité. Ces topiques se maintiennent par le rapprochement des deux mâchoires que l'on tient dans cette position avec un mouchoir mis en mentonnière et qui a encore l'avantage d'exercer une compression latérale, devenue utile quand il y a lésion des parois alvéolaires.

Le cautère actuel peut être d'un grand secours, j'ai eu l'occasion de l'employer, il y a quelques mois sur un officier arrivant de Morée. Il était atteint dans ce moment d'une *gengivite avec ulcération* (1). L'évulsion de la deuxième grosse molaire d'en haut, qui était légèrement branlante, fut suivie d'une perte de sang, tellement abondante que j'en fus un instant effrayé. L'opération n'avait offert aucune difficulté, elle avait été faite avec une pince droite, les parties voisines n'avaient nullement souffert. Dans ce cas, le sang ne pouvait réellement provenir que du fond des alvéoles correspondantes aux diverses cavités qu'occupait chaque racine. Un cautère actuel fut introduit à plusieurs reprises, et le sang cessa aussitôt de couler pour ne plus reparaître, chose que je n'osais espérer, du moins avec autant de promptitude; aussi m'étais-je préparé d'avance à d'autres moyens, si celui-ci eût manqué son effet. Hémard rapporte, « que sa mère eût fini ses jours par une hémorrhagie, après l'extraction d'une dent, sans le secours du cautère actuel. » Anhorn, dans un cas urgent, introduisit dans l'alvéole un morceau de noix en combustion, et le sang s'arrêta; mais il ne suffit pas toujours de diriger absolument ses vues du côté où sort le sang, et il est essentiel quelquefois de recourir aux pédiluves chauds, à la saignée générale, et de favoriser le cours de quelque évacuation sanguine qui aurait été subitement supprimée.

Au résumé, il faut se comporter pour tous les accidens que nous avons énumérés dès le commencement de cet article, comme on doit le faire en bonne médecine et en bonne chirurgie, suivant les cas. Il suffirait seulement de signaler tous les désordres qui peuvent résulter de l'extraction d'une dent, pour que cette opération, qui semble si innocente en apparence, ne se fasse pas à la légère, sans

---

(1) Je présume que cette maladie devait régner alors parmi les troupes qui étaient en Grèce; à la même époque je l'ai rencontrée sur quatre individus qui en arrivaient. Le docteur Bourdon m'en a adressé un. Cette affection, dont les auteurs ne donnent pas de description, est pourtant assez intéressante pour trouver place dans nos cadres nosographiques. Attaché depuis long-temps à quelques établissemens publics de Paris, plus d'une fois j'ai eu l'occasion de la rencontrer; des familles entières en sont atteintes, ce qui me fait présumer qu'elle peut se communiquer d'un individu à un autre, en faisant usage des mêmes ustensiles qui servent à boire ou à manger. Cette maladie, qui est fort douloureuse, qui prive de sommeil et qui rend la mastication très-pénible, est toujours accompagnée d'une fétidité extrême de l'haleine, d'une odeur, je dirai *sui generis*, qui permet de la distinguer; cette affection présente cela de particulier, qu'elle n'attaque qu'un des côtés de la bouche à la fois; lorsqu'un côté est guéri l'autre souvent s'affecte aussi, surtout si elle est abandonnée à elle-même. Les enfans et les adultes y sont également sujets. L'emploi des collutoires acides, le chlorure d'oxide de sodium combiné avec le miel rosat, quelquefois l'application du fer chaud sur le bord frangé des gencives sont les moyens les plus efficaces dont on doit faire usage pour guérir.

tous les soins qu'elle réclame, et surtout sans nécessité. Qu'on se souvienne que l'art ne consiste pas à détruire, qu'il tend, au contraire, à prévenir le mal, à le soulager quand il est venu et à conserver les organes.

A. TOIRAC.

N° DE SEPTEMBRE.

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

—

De l'Aménorrhée et de son traitement par les frictions électriques suivant un nouveau procédé ;

Par M. le D. ANDRIEUX, médecin de l'hospice royal des Quinze-Vingts.

(SUITE ET FIN.)

PREMIERE OBSERVATION.

Naissance avant terme, constitution grêle et délicate, rougeole suivie d'ophthalmie chronique, chlorose, guérison par les frictions électriques.

Mademoiselle ****, âgée de quatorze ans et demi, vint me consulter, le 22 mars 1829. Elle présentait les symptômes suivans : face pâle, yeux languissans et ternes, lèvres peu colorées et légèrement bleuâtres, démarche lente et pénible ; la malade est obligée de se reposer quelques instans avant de répondre aux questions qui lui sont adressées ; le pouls est petit et fréquent (86 pulsations). La personne qui accompagnait mademoiselle **** me donne sur le commémoratif les renseignemens suivans :

La mère de mademoiselle ****, a eu une grossesse très-pénible, et après sept mois de gestation elle lui a donné le jour. Dans sa première enfance, mademoiselle **** était tellement faible, qu'on ne put l'élever qu'avec des précautions infinies ; à quatre ans, elle eut la rougeole, à laquelle succéda une ophthalmie chronique qui dura pendant près de deux ans ; sa santé fut ensuite assez bonne jusqu'à l'âge de onze ans. Une croissance trop rapide fit craindre alors une déviation de la colonne vertébrale. On y remédia en la faisant coucher pendant une année sur un lit très-dur. A treize ans, sa santé était bonne, sa figure assez colorée ; mais ses membres étaient grêles, et elle se fatiguait promptement. Bientôt elle devint triste et sédentaire, perdit peu-à-peu ses couleurs, le moindre exercice lui causait une oppression et des battemens de cœur qui la forçaient à s'arrêter. Plus tard, les digestions se dérangèrent, l'appétit devint capricieux, et l'amaigrissement excessif. La malade me dit qu'elle n'éprouvait aucune douleur, mais qu'elle était d'une faiblesse extrême ; qu'après s'être livrée pendant quelques temps à des occupations peu fatigantes, elle se trouvait comme anéantie ; qu'elle avait eu toutes les peines du monde à monter jusque chez moi ; qu'elle éprouvait pour tous les alimens un dégoût presque invincible ; et qu'après avoir mangé, elle se sentait encore plus faible.

Elle ressentait un peu de pesanteur dans les lombes et à la partie supérieure des cuisses : le ventre n'était pas douloureux. Cette faiblesse avait été combattue sans succès par le séjour à la campagne et l'usage du vin de quinquina qui causait de la chaleur à l'estomac, et provoquait une petite toux sèche qui avait forcé d'en discontinuer l'emploi.

Pensant que l'inertie de l'utérus était la cause des accidens dont la malade se plaignait, je l'électrisai. Placée sur le fauteuil électrique, elle reçut pendant dix minutes de petites étincelles de quatre millimètres de long qui se succédaient assez rapidement pour qu'on pût en compter trois cent cinquante par minutes. La stimulation vive qui en résulta donna un peu de couleur à la malade, et la fit momentanément sortir de l'état d'apathie dans lequel elle était plongée. Son pouls donnait quatre-vingt-dix pulsations au lieu de quatre-vingt-deux que j'avais comptées avant la friction. Le lendemain, la malade se sentait mieux ; il lui avait semblé qu'elle montait l'escalier avec moins de peine, elle se trouvait moins oppressée ; je me défiais un peu de l'exactitude de ses remarques, parce que toutes les fois qu'un nouveau traitement est employé, les malades croient aisément ressentir le soulagement qu'ils espèrent. Je l'électrisai de la même manière. Après la quatrième séance, l'amélioration était évidente, la malade pouvait parler en entrant ; elle n'était pas essoufflée, sa figure était moins pâle et avait beaucoup plus d'expression. Tous ses amis étaient frappés comme moi du changement qui s'était opéré dans sa manière de se tenir et de parler ; elle avait mangé avec plaisir un potage gras et l'avait digéré facilement, tandis que les jours précédens elle avait pour le bouillon et la viande une répugnance invincible.

A la huitième séance, les étincelles étaient de six millimètres ; je n'observai cependant aucune accélération dans les battemens du pouls, dont le nombre était de soixante-seize avant comme après la friction qui dura dix minutes ; mais la malade était beaucoup mieux ; elle se tenait plus droite, marchait avec plus d'assurance et répondait plus librement et plus vite aux questions que je lui adressais ; elle pouvait marcher pendant une heure sans être trop fatiguée, tandis qu'avant l'emploi de l'électricité, quelques minutes d'exercice la jetaient dans un état d'anéantissement qui durait plusieurs heures.

Les frictions électriques furent continuées chaque jour avec une amélioration croissante, l'appétit devint bon, les digestions faciles, la malade pouvait manger de la viande sans en être incommodée : et le 14 avril, en rentrant chez elle après la vingt-troisième séance, qui fut la dernière, les règles parurent et durèrent deux jours. La santé de la malade était alors très-bonne, et sa guérison fut complète, car l'évacuation sanguine reparut le mois suivant, sans qu'il fût nécessaire d'avoir recours aux frictions électriques.

—

DEUXIEME OBSERVATION.

Première menstruation difficile ; toux chaque mois après la cessation des règles ; congestion sanguine du poumon ; aménorrhée, guérison par les frictions électriques.

Mademoiselle ***, âgée de vingt ans, m'a été adressée le 11 février 1832. Elle est bien conformée, d'un tempérament lymphatico-sanguin ; sa figure est pâle et paraît souffrante ; elle conserve encore un léger embonpoint. Elle a joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de treize ans, où la première apparition des règles s'est faite péniblement. Cette fonction cependant a fini par prendre son cours régulier, et mademoiselle *** n'avait d'autres indispositions que des douleurs vives à la partie postérieure de la tête, qui semblaient lui tirer les yeux en arrière pendant les deux ou trois jours qui précédaient l'apparition des règles. La santé était bonne pendant les cinq ou six jours que durait cette fonction ; mais dès qu'elle cessait, il survenait le plus ordinairement une toux sèche qui, très-fatigante d'abord, diminuait promptement ; et après huit ou dix jours, mademoiselle *** se trouvait tout-à-fait bien.

Cette toux, à laquelle on n'avait presque pas fait attention dans les premiers temps, avait pris, depuis le mois de novembre, un caractère de gravité qui avait inquiété la malade, ses règles avaient été beaucoup moins abondantes, elles avaient manqué deux fois ; et, à ces deux époques, une oppression vive, accompagnée d'une toux fréquente, sèche et très-fatigante, de douleurs dans le dos et à la base de la poitrine, avaient remplacé l'évacuation menstruelle. La saignée, la diète absolue, le séjour au lit avaient presque fait cesser le mal ; mais depuis ce temps, la respiration n'avait jamais été complétement libre. Mademoiselle *** ne pouvait pas lire haut ou parler long-temps sans tousser ; elle avait mené une vie très-sédentaire et pris toutes les précautions possibles contre cette toux qui la chagrinait vivement.

Je percutai la poitrine qui rendait un son clair des deux côtés, même sous les clavicules ; la respiration s'entendait partout ; mais avec un bruit faible, surtout dans le côté gauche ; les battemens du cœur étaient réguliers, les contractions des cavités droites donnaient un son clair qui s'entendait dans une assez grande étendue ; mais en percutant la région précordiale il n'y avait pas de matité.

La malade portait de la flanelle sur la peau, se nourrissait de viandes blanches, de légumes et de laitage ; elle attendait ses règles vers le 20 du mois.

Je l'électrisai d'abord par friction sur toute la surface de la poitrine, avec un plateau métallique donnant des étincelles de cinq mill'mètres de long. L'extrémité P de la corde O P, au lieu d'être accrochée à la tige P R, était fixée à un excitateur à manche de verre terminé par un plateau métallique de trente millmiètres de diamètre, promené successivement sur tous les points du thorax en agissant à travers les vêtemens.

En moins de cinq minutes l'oppression avait complétement disparu ; mademoiselle *** pouvait faire une inspiration profonde sans aucune difficulté, elle semblait étonnée de la facilité avec laquelle elle respirait.

Je la fis alors asseoir sur le fauteuil B, en rétablissant la communication du conducteur C D avec le crochet P, et elle reçut, pendant dix minutes, les étincelles semblables qui s'échappaient de la boule R.

Le lendemain mademoiselle *** n'avait pas toussé, la nuit avait été bonne, et l'oppression était moindre, je l'électrisai de la même manière, d'abord sur le dos et la poitrine, puis en la faisant asseoir sur le fauteuil pendant le même temps.

Le 13 et le 14 février, elle fut électrisée de la même manière.

Le 15, mademoiselle *** était bien, elle pouvait parler librement, elle avait lu à haute voix pendant une demi-heure sans fatigue et sans tousser, elle n'éprouvait pas les douleurs de tête qui précédaient toujours l'apparition de ses règles : j'augmentai un peu l'intensité des étincelles, qui furent de six millimètres, et je supprimai la friction électrique faite sur le thorax, parce qu'il n'y avait ni toux ni oppression. Les règles parurent dans l'après-midi, au grand étonnement de la malade ; elles coulèrent abondamment jusqu'au 22, l'électrisation fut discontinuée pendant ce temps ; mais ce jour-là, comme l'évacuation menstruelle allait cesser, mademoiselle *** vint me voir, ainsi que je le lui avais expressément recommandé ; elle se trouvait bien, mais elle avait un peu toussé dans la matinée.

Je fis pendant quinze minutes, sur les jambes et les cuisses, à travers les vêtemens, une friction électrique semblable à celles que je pratiquais quelques jours avant sur la poitrine.

Le 23, mademoiselle *** se trouvait bien, l'évacuation périodique avait complétement cessé, et pour la première fois, depuis le commencement de l'hiver, elle n'avait pas été remplacée par la toux.

J'électrisai mademoiselle *** pendant huit jours encore par friction sur les extrémités inférieures, et pendant tout ce temps, il ne se fit aucune congestion vers la poitrine, et il n'y eut ni toux ni oppression.

Aux mois de mars et d'avril, les règles vinrent régulièrement sans qu'on eût recours aux frictions électriques pour les provoquer ; mais aussitôt leur cessation, les frictions électriques furent employées pendant dix jours sur les extrémités inférieures, et s'opposèrent complétement au retour de la toux et de l'oppression.

Mademoiselle *** s'est mariée au mois d'août de la même année ; jusque-là elle a joui d'une très-bonne santé. Devenue enceinte le mois suivant, elle a passé l'hiver dernier sans tousser et sans autres incommodités que celles qui accompagnent ordinairement la grossesse. Elle est accouchée heureusement, et quoiqu'elle n'ait pas nourri son enfant, elle est très-bien portante.

Ces faits, quoique peu nombreux, sont assez concluans pour fixer l'attention des praticiens sur un agent thérapeutique dont on ne sait pas assez apprécier tous les avantages.

ANDRIEUX.

Du traitement abortif du panaris par les frictions mercurielles ;

Par M. le Docteur SERRE (D'ALAIS).

On donne le nom de panaris à toute inflammation érysipélateuse ou phlegmoneuse de la main. On divise cette maladie en quatre espèces qui ne diffèrent les unes des autres que par la profondeur à laquelle elles se trouvent, ce qui fait qu'elles se confondent souvent.

Le panaris superficiel n'est pas sérieux par lui-même puisqu'il ne compromet qu'une petite portion de peau. Le panaris profond est très-grave au contraire, puisqu'il donne lieu à de nombreux abcès, à la gangrène, à l'exfoliation des tendons, des os, à la perte d'un ou de plusieurs doigts, à celle de la main et même à la mort du sujet.

Boyer ne croit pas que cette inflammation puisse facilement se terminer par la résolution. Il est presque sans exemple, dit-il, que la résolution se soit opérée, lorsque le mal s'est prolongé au-delà de quelques jours : la suppuration est la terminaison ordinaire des panaris ; elle est regardée comme inévitable, et tous les moyens qu'on a conseillés tendent à la favoriser et à donner issue au pus qui est formé.

Cette maladie est si sérieuse et les remèdes si incertains, que les chirurgiens se sont tous entendus pour préconiser l'incision, seul moyen capable d'amener une prompte guérison. Cette opération a pour effet de produire le prompt dégorgement des vaisseaux par l'hémorrhagie qui l'accompagne, de faire cesser l'étranglement, de donner issue au pus et de convertir un mal très-douloureux et très-grave en une plaie simple qui guérit en quelques jours.

Depuis quelques années, je ne me décide pas facilement à appliquer un cataplasme dans la paume de la main. Par sa douce chaleur et son humidité, il détermine une turgescence qui fait bomber outre mesure les espaces compris entre les jambages de l'M de la main. Ceux-ci forment alors des rainures dont la profondeur est très-considérable. Ces enfoncemens tiennent à la disposition anatomique des brides que l'habitude de fermer et d'ouvrir la main à établies, et qui ne peuvent se prêter aux gonflemens cellulaires des intervalles qui les séparent. C'est certainement en résistant à la force qui tend à les soulever, qu'elles font naître une partie de l'horrible douleur qui est la compagne inséparable du panaris lorsque la paume est en contact avec un cataplasme. Si l'on fait cet essai sur une main saine, on aura une idée de l'inconvénient que je signale.

L'onguent mercuriel en friction est toujours utile, à quelque époque qu'on l'emploie, contre le panaris. Dans le commencement il opère une résolution prompte et complète, plus tard il borne la suppuration, et enfin il la tarit brusquement en favorisant le recollement des parois des foyers. Pour que ce dernier effet ait lieu, il faut qu'il y ait encore beaucoup de rougeur et beaucoup d'enflure.

Pour inspirer plus de confiance en faveur de ce remède, et prouver que tout ce que j'en dis n'est pas l'effet d'une prévention, je vais citer à ce sujet l'opinion du docteur Miquel :

« M. le docteur Serre nous a transmis un mémoire important sur l'emploi des frictions mercurielles comme traitement abortif de l'inflammation de la peau et du tissu cellulaire qu'elle renferme. Ce mémoire, dans lequel respirent la plus grande bonne foi et la conviction la plus profonde, mérite d'être relu.

« Les résultats qu'il nous signalait étaient trop importans pour que nous n'ayons pas saisi la première occasion de répéter ses expériences : ce n'est encore que dans le panaris que nous avons eu recours aux frictions mercurielles ; mais, nous devons le proclamer, *nous n'avons jamais vu de guérisons plus merveilleuses que celles que nous avons obtenues ;* quelques heures ont suffi pour calmer toute douleur et arrêter la marche de panaris qui paraissaient devoir être graves. Cette efficacité a été constante chez tous les malades que nous avons eu à traiter. Ils sont jusqu'ici au nombre de cinq ; et, nous le répétons, l'avortement presque immédiat de l'inflammation chez tous, après les frictions mercurielles, ne nous permet point de douter que ce ne soit *le traitement le plus prompt, le plus sûr et le plus efficace que l'on possède contre cette douloureuse et quelquefois si grave affection.*

» Le premier effet des frictions mercurielles est de déterminer un sentiment de fraîcheur sur le doigt douloureux, qui se prolonge quatre ou cinq minutes après qu'on les a cessées. Pendant que cette impression de fraîcheur dure, la fièvre locale est moindre, les élancemens moins pénibles. A chaque friction il y a un mieux-être marqué, et *le médecin, avant de sortir de chez son malade, peut constater l'action salutaire du médicament. Il est rare d'en voir de plus prompte.*

» Les onctions mercurielles doivent être faites, en débutant, tous les quarts d'heure avec quelques grains seulement du médicament, que l'on étend sur la partie affectée, en pratiquant quelques légères frictions avec le doigt indicateur de la main saine. Un ou deux gros du remède suffisent presque toujours. Ce traitement a pour avantage de prévenir la suppuration qui, comme on le sait, est la terminaison ordinaire des panaris. *Quel immense résultat dans une maladie dont la suppuration constitue toute la gravité !* »

Première Observation. — Une jeune dame souffrait horriblement du pouce de la main droite depuis quarante-huit heures : ce doigt était tendu, rouge, extrêmement douloureux ; elle y éprouvait des élancemens qui lui faisaient pousser des cris. Les cataplasmes, les bains locaux émolliens, n'avaient produit aucun bien. Les nuits étaient sans sommeil. Elle était déterminée à se faire pratiquer une incision, lorsque je lui conseillai d'employer les frictions mercurielles : c'était la première fois que j'y avais recours ; je les recommandai uniquement comme expérience et ne promettant nullement ni guérison, ni même soulagement. Il était deux heures de l'après-midi lorsque la malade commença à pratiquer

légèrement, tous les quarts d'heure avec l'indicateur de la main gauche, des onctions avec une petite quantité d'onguent mercuriel sur toute l'étendue du mal. Au bout de deux heures, elle éprouvait déjà une amélioration sensible. La chaleur locale avait diminué, les élancemens étaient moins continus; le soir, la douleur au bout du doigt était moins vive; la nuit, il y eut sommeil; le lendemain, la rougeur et la tension étaient beaucoup moindres, il n'y avait plus que quelques élancemens de loin en loin : les frictions furent continuées comme la veille. Le soir de ce jour, c'est-à-dire trente heures après l'emploi de l'onguent mercuriel, le panaris était arrêté. Il n'y avait plus d'élancemens, et l'on pouvait presser le bout du doigt sans déterminer de douleur; deux gros d'onguent mercuriel avait amené la guérison.

Deuxième Observation.—Madame L. avait depuis trois jours un panaris au doigt indicateur de la main gauche; les douleurs étaient extrêmes et ne lui laissaient point de repos ni la nuit, ni le jour. Elle avait pris dans la nuit précédente un grain d'opium, qui n'avait pu calmer sa souffrance et lui procurer du sommeil. La main ainsi que le bras étaient fortement douloureux. C'est dans cet état de choses, à neuf heures du soir, que les onctions mercurielles furent commencées. Dès la quatrième, la malade éprouva du soulagement; deux autres frictions furent faites avant qu'elle se couchât; la nuit fut bonne. Le lendemain, les frictions furent reprises tous les quarts d'heure; à midi, le panaris était guéri. Un gros d'onguent mercuriel seulement avait été employé.

Troisième Observation. — Deux autres malades, une domestique et une couturière, ont été guéries en quelques heures, par le même moyen, de panaris très-douloureux. La chaleur, la tension, la douleur, les élancemens, ont été enlevés comme *par prodige*. Il en a été de même chez un commissionnaire qui est venu me consulter, il y a quelques jours seulement, et qui avait un panaris à l'indicateur de la main gauche. Depuis deux jours il avait suspendu ses occupations à cause de la douleur. Il a pu les reprendre le surlendemain de l'emploi du traitement.

Quatrième Observation, communiquée par M. Petit. — « M.** eut un panaris à la fin de l'hiver; il n'avait de repos ni la nuit, ni le jour. Deux gros d'onguent mercuriel lui enlevèrent complétement, dans deux jours, cette douleur, qui s'était communiquée au bras et avait enflammé les vaisseaux lymphatiques et les glandes axillaires.

Cinquième Observation, communiquée par M. Petit. —Le même accident venait de m'arriver à moi-même au doigt indicateur, pour avoir enlevé une de ces pellicules qui s'élèvent quelquefois au-dessus de la racine de l'ongle; il fut promptement dissipé par l'onguent mercuriel.

Sixième Observation. — Mlle F. eut un panaris à un doigt, où l'on sentait un commencement de suppuration. Le sentiment de fraîcheur occasioné par l'onguent mercuriel fut ici observé : trois jours de frictions furent nécessaires. Un nouveau cas s'est présenté hier soir : même moyen et déjà même succès.

Septième Observations — Le maître d'école de Brouzet avait beaucoup souffert et souffrait encore beaucoup d'un panaris qui s'était abcédé au doigt médius de la main droite, qui était énorme; tout le bras était enflé; il y avait sur le dos de la main une ouverture qui la traversait de part en part et qui communiquait avec les deux autres existant à la partie moyenne du doigt; j'avais envie d'inciser toute la peau décollée, lorsque je fus arrêté par les souffrances du malade et par l'idée que l'onguent mercuriel pourrait encore être très-utile. Je lui fis emporter quatre gros de cette pommade et lui recommandai de revenir deux jours après pour faire des incisions, si le remède n'opérait pas : l'effet fut tel alors, que le malade me dit être en état de *donner sans souffrir un soufflet avec la main malade*. Ce cas est jusqu'à ce moment le plus extraordinaire qui se soit présenté à mon observation. Tous les trous étaient bouchés et secs; le doigt avait perdu les trois quarts de son enflure ainsi que la main; le bras n'en avait plus du tout; la douleur était nulle, et de tant de mal il ne restait que la raideur du doigt qui était d'une dureté extrême.

SERRE (D'ALAIS), D. M.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

SEPTEMBRE ET OCTOBRE 1834.

N° DE SEPTEMBRE.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

—

De la trachéotomie dans le cas de croup.
(Dernier article.) (1)

Jusqu'ici je n'ai publié que des cas de guérison, mais j'ai eu à regretter un grand nombre de malades, et je vais aujourd'hui indiquer le tableau des opérations que j'ai faites, afin que ceux de mes confrères qui pratiqueraient la trachéotomie ne se découragent pas pour quelques insuccès.

J'ai déjà fait connaître cinq cas de guérison ; dans le cours des mois de juin et de juillet j'ai opéré huit fois, et j'ai sauvé encore trois enfans, l'un de quatre ans et demi, l'autre de cinq ans et demi et le troisième de trois ans. J'ai donc aujourd'hui vivans, à Paris, huit jeunes garçons qui ont été guéris par la trachéotomie.

Tableau des trachéotomies pratiquées par moi dans le cas du croup, depuis le mois de septembre 1826, *jusqu'au* 1er *août* 1834.

1826. — Fille de 7 ans, morte 14 heures après l'opération, à Charenton.
1828. — Femme de 26 ans, morte 16 heures après l'opér., aux Barres, dép. de l'Indre.
1829. — Néant.
1830. — Néant.
1831. — Garçon de 5 ans guéri. Paris.
1832. — Garçon de 11 ans, mort 11 heures apr. Id.
Fille de 2 ans 1/2, morte 3 heures apr. Id.
Garçon de 5 ans, mort 7 heures apr. Id.
Garçon de 2 ans 1/2, mort 15 heures apr. Id.
1833. — Garçon de 3 ans, mort 22 heures apr. Id.
Garçon de 4 ans 1/2, mort 4 jours apr. Id.
Fille de 6 ans, morte 16 heures apr. Id.
1834. — Garçon de 3 ans, guéri. Id.
Fille de 6 ans, morte avant l'opération. Id.
Fille de 16 mois, morte 36 heures apr. Id.
1834. — Garçon de 3 ans 1/2, mort 26 heu. après. Paris.
Garçon de 4 ans, guéri. Id.
Garçon de 5 ans, mort avant l'opération. Id.
Garçon de 3 ans, guéri. Petite-Villette.
Femme de 21 ans, morte 3 heures après. Paris
Garçon de 13 mois, guéri. Petite-Villette.
Garçon de 4 ans, mort 30 heures apr. Paris.
Fille de 5 ans, morte avant l'opération. Id.
Garçon de 5 ans 1/2, mort 6 heures après Id.
Garçon de 4 ans 1/2, guéri. Id.
Garçon de 3 ans, mort 36 heures après. Id.
Garçon de 5 ans 1/2, guéri. Id.
Garçon de 1 an, mort 26 heures après. Id.
Garçon de 2 ans 1/2, mort 5 jours après. Id.
Garçon de 3 ans, mort 3 jours après. Id.
Garçon de 3 ans, guéri. Id.
Garçon de 5 ans, mort 36 heures après. Id.

Résumé. — Trente opérations, huit guérisons, vingt-deux morts. — La proportion sur la totalité est donc à peu près trois morts sur quatre opérations.

Il faut défalquer d'abord trois opérations pratiquées sur des enfans déjà expirés, et dans le but de les rappeler à la vie. Il reste donc vingt-sept opérations et huit guérisons, c'est-à-dire à peu près un sur trois. Trois malades qui donnaient les plus heureuses espérances sont morts en quelques minutes par l'inexpérience des aides qui n'ont pas su replacer une canule chassée par un effort de toux. Reste donc réellement huit guérisons sur vingt-quatre cas, c'est-à-dire le tiers.

Ce résultat serait déjà fort beau puisqu'il démontrerait la possibilité de sauver un tiers des malades dans des circonstances où il n'en échappait pas un seul. L'opération serait donc un devoir dans le cas même où l'on ne pourrait rappeler à la vie qu'un enfant sur trois.

Mais si le lecteur veut reporter les yeux sur le tableau que j'ai donné, il verra que sur mes dix premières opérations je n'ai sauvé qu'un malade ; que sur les vingt dernières j'en ai sauvé sept. De ce nombre vingt, il faut retrancher trois enfans morts avant l'opération et un qui a succombé par suite du déplacement de la canule que l'aide ne sut pas replacer. Reste donc « pour mes seize derniers opérés, neuf morts et sept guérisons, c'est-à-dire à peu près une guérison sur deux. » Résultat immense, résultat encourageant ; car si, alors que j'étais encore inexpérimenté, je n'ai sauvé qu'un malade sur dix, et si aujourd'hui j'en sauve un sur deux, il est bien probable que ma thérapeutique deviendra encore plus heureuse à l'avenir.

(1) Voyez le n°. de juin, Tome XXIII de l'Encyclographie, page 13.

Je n'ose croire que ceux des mes confrères qui pratiqueront maintenant la trachéotomie dans le cas de croup arriveront tout d'abord au même résultat ; mais s'ils ont traité les malades eux-mêmes depuis le début, et si, profitant des fautes que j'ai faites, ils osent agir comme j'agis aujourd'hui, je suis persuadé qu'ils auront bientôt moins d'enfans à regretter que moi.

Par un hasard dont je ne me plains pas, je n'ai pas eu à pratiquer une seule fois la trachéotomie parmi mes cliens : toujours appelé par mes confrères, j'ai quelquefois trouvé les enfans au milieu d'un traitement actif que la prudence n'aurait pas toujours avoué, que l'imminence du danger pouvait seule faire excuser. J'ai été appelé comme une ressource extrême, moins pour donner un avis que pour m'entendre inviter à pratiquer au plus tôt une opération qui offrait seule une chance peu probable de salut. J'ai donc fait souvent la trachéotomie avec la presque certitude d'un insuccès dont tout seul je devais encourir la responsabilité ; mais quoi qu'il en dût arriver, je devais faire et je faisais l'opération, peu soucieux d'un jugement que ma conscience ne ratifiait pas. Mais ceux de mes confrères qui opéreront leurs propres malades devront être plus heureux que moi, car ils seront les maîtres et des circonstances qui précèderont l'opération et du temps qu'ils choisiront pour la faire.

Le tableau que j'ai mis au commencement de cet article présente encore quelques particularités importantes à noter.

1° *Influence du sexe sur la production de la maladie.*— Sur 30 opérations, 8 sur des malades du sexe féminin, 22 sur des garçons.

2° *Influence du sexe sur le résultat de l'opération.* — Sur le 8 filles ou femmes opérées, pas une n'a survécu. Sur les 22 garçons, 8 ont survécu.

1° *Influence de l'âge sur la production de la maladie.*— Sur 30 individus opérés, 1 avait 11 mois, c'était un garçon ; 3 étaient âgés de 1 an à 16 mois, deux garçons et une fille ; 9 avaient 2 ans 1/2 à 3 ans, une fille, huit garçons ; 3 avaient de 3 ans 1/2 à 4 ans, 3 garçons ; 7 avaient de 4 ans 1/2 à 5 ans, une fille, 6 garçons ; 3 avaient de 5 ans 1/2 à 6 ans, 2 filles, 1 garçon ; 1 avait 7 ans, fille ; 1, 21 ans, femme ; 1, 26 ans, femme.

De 11 mois à 3 ans, 2 filles, 11 garçons ; de 3 ans à 5 ans, une fille, 10 garçons ; de 5 ans à 26 ans, 5 filles ou femmes, 1 garçon. — Il semblerait, d'après ce tableau, qu'avant 5 ans le croup est beaucoup plus commun chez les garçons ; et que plus tard, le contraire a lieu.

2° *Influence de l'âge sur le résultat de l'opération.* — Les 8 qui sont guéris avaient 13 mois, 3 ans, 3 ans, 3 ans, 4 ans, 4 ans et 1/2, 5 ans 5 ans, 1/2.

De ceux qui sont morts, 3 avaient moins de 16 mois, 6 de 2 ans 1/2 à 3 ans, 2 de 3 ans 1/2 à 4 ans, 6 de 4 ans 1/2 à 5 ans, 5 plus de 5 ans.

Ce que je vais dire maintenant, je le dirai avec la plus profonde conviction, et je souhaite ardemment que l'on voie dans mes paroles moins le désir de faire prévaloir des opinions personnelles, que le besoin de faire entrer dans l'esprit de tous les praticiens des idées qui sont celles d'un des plus habiles thérapeutistes de notre temps, de M. Bretonneau.

De l'époque à laquelle l'opération doit être pratiquée.

Tant que la trachéotomie a été dans mes mains une arme presque toujours infidèle, j'ai dit : « *Il faut la pratiquer le plus tard possible.* » Mais maintenant que je compte d'heureux succès, je dis : « *Il faut la pratiquer le plus tôt possible.* »

Pour bien apprécier la valeur de ce précepte, étudions la marche du croup.

Des trente malades que j'ai opérés, vingt-huit avaient des fausses membranes sur les amygdales en même temps que dans le larynx ; il en a peut-être été de même des deux autres ; mais je n'ai pu le constater. Les travaux de M. Bretonneau ont démontré que la diphthérite ou inflammation pelliculaire débutait presque constamment par le pharynx ; nous sommes donc en droit de penser que les concrétions vues par nous sur les amygdales, étaient le reste de celles qui avaient signalé le début de la maladie.

Ceci posé, si la phlegmasie diphthéritique s'est propagée rapidement au larynx, et si l'examen des cadavres prouve que du larynx elle pénètre dans les bronches avec encore plus de rapidité, on a donc d'autant plus de chances de trouver des fausses membranes dans les bronches, que l'opération est pratiquée plus tard.

Aujourd'hui, et d'après les faits que j'ai publiés, d'après les succès obtenus par M. Bretonneau, la nécessité de l'opération ne saurait être mise en question ; autant vaudrait demander s'il faut amputer un membre écrasé par un boulet de canon. On peut, par la trachéotomie, sauver presque la moitié des malades : ne pas faire cette opération est un acte coupable.

La discussion ne peut donc maintenant s'établir que sur l'époque à laquelle le médecin doit s'armer du bistouri.

Quelles peuvent être les raisons de différer la trachéotomie ?

Ces raisons sont, 1° que d'autres médications peuvent enrayer la marche de la maladie ; 2° que le danger résultant de l'opération est aussi grand que celui que l'on fait courir au malade en la différant ; 3° que le diagnostic de l'affection croupale n'est pas tellement infaillible que l'on ne fasse quelquefois une opération inutile. Examinons ces questions l'une après l'autre.

A. *D'autres médications peuvent enrayer la marche de la maladie.* Je conviens que pour les médecins qui connaissent les travaux de M. Bretonneau, la possibilité d'enrayer la diphthérite existe pourvu que le mal ne soit encore que dans le pharynx ; mais lorsque les fausses membranes se sont propagées dans le larynx, je déclare que je n'ai pas vu une seule fois dans ma vie, et j'ai vu beaucoup de croups, je n'ai pas, dis-je, vu une seule fois le malade ne pas périr. On cite, il est vrai, quelques cas rares dans lesquels des enfans ont guéri après avoir expectoré des fausses membranes tubulées. Mais ces cas sont tellement exceptionnels qu'ils ne peuvent avoir de valeur dans la discussion qui nous occupe. Or, si la plupart des praticiens de bonne foi confessent qu'en effet

ils n'ont presque jamais vu revenir à la santé des enfans qui avaient expectoré des fausses membranes résistantes ; ils insistent aussi sur ce fait, savoir : qu'ils ont arraché à la mort un grand nombre de malades atteints de croup, qui, il est vrai, n'ont pas rendu de pellicules diphthéritiques ; mais, si on n'a pu voir ces fausses membranes, c'est que probablement les enfans les ont avalées. Nous sommes maintenant sur un autre terrein, ce n'est plus qu'une question de diagnostic.

L'inflammation pelliculaire des canaux aériens ou la diphthérite laryngo-trachéale, ne débute presque jamais par le larynx ou par la trachée ; c'est sur les amygdales, sur la luette qu'elle se montre d'abord pour s'étendre de là à la glotte et jusqu'aux dernières ramifications bronchiques. Cette marche indiquée par M. Bretonneau a été constatée aujourd'hui par tant de médecins qu'on ne peut guère en contester l'existence. Mais comme le mal de gorge est peu grave, nous ne sommes ordinairement appelés que lorsque la phlegmasie occupe le larynx et se manifeste par la *toux croupale*. Pour la plupart des praticiens, la *toux croupale* toute seule suffit pour caractériser le croup, c'est ici qu'est l'erreur.

Chez un enfant très-jeune, pour peu que la membrane muqueuse du larynx s'enflamme et se gonfle, la toux devient rauque, la voix est sifflante et s'altère profondément. Cela s'observe presque toujours dans la rougeole et souvent au début des rhumes un peu violens. « La toux croupale est donc chez les très-jeunes enfans l'expression de toute inflammation aiguë de la membrane muqueuse laryngienne ; » mais non l'indice de l'existence d'une sécrétion pelliculaire. Remarquez que la toux croupale est *éclatante, répétée*, ce qui indique que les cordes vocales permettent encore à l'air de vibrer en les traversant. Or, les conditions organiques de la vibration de l'air à travers les cordes vocales, sont d'abord que les cordes ne soient pas notablement altérées dans leur texture, et ensuite qu'elles ne soient recouvertes d'aucune substance non vibratile. Car si l'on considère le larynx comme un instrument à vent du genre des flûtes ce qui me semble plus probable, ou qu'on en fasse un instrument à anche, toujours est-il que la vibration des lèvres de l'anche où celle de l'air sera rendue impossible dès que les lèvres de l'anche ou l'ouverture de la flûte seront tapissées par exemple d'un morceau de parchemin mouillé, expérience facile à faire. Tant donc que la toux « sera rauque, éclatante et croupale, » ce sera la preuve que le *croup* n'existe point encore, dans le sens où on l'entend communément : « la toux croupale n'est donc pas l'indice du croup. » Si donc pendant tout le cours de la maladie la toux reste croupale, ce sera la preuve qu'il n'y a eu là que l'enchifrennement de la glotte, que l'angine striduleuse et non l'angine membraneuse ; mais si la toux croupale d'abord devient de plus en plus faible et *finit par être insonore* en même temps que les accès de suffocation se rapprochent, soyez assuré que les cordes vocales se sont recouvertes d'un enduit adhérent et non vibratil, en un mot « lorsque la toux, d'abord croupale devient de plus en plus rare et finit par être presque insonore avec suffocation, il y a véritable croup, c'est-à-dire exsudation plastique dans le larynx. » Au contraire, dans l'angine striduleuse, à mesure que la toux perd le caractère croupal la suffocation devient de moins en moins considérable.

Toutefois il arrive quelquefois que la toux d'abord croupale cesse bientôt de l'être, et qu'après un accès de suffocation et une quinte de toux, elle reprenne de nouveau le caractère qu'elle avait au début. C'est que la fausse membrane qui tapissait le larynx a été expectorée, et que les cordes vocales mises à nu redeviennent propres à la phonation, jusqu'à ce qu'elles soient tapissées par une nouvelle exsudation plastique.

Maintenant que j'ai esquissé quelques traits du diagnostic différentiel de l'angine striduleuse et de la diphthérite laryngo-trachéale, il semblera moins singulier de m'entendre dire « qu'il n'existe aucune médication capable de guérir le croup arrivé au point où la toux est insonore, en même temps qu'il existe des accès de suffocation.

Si cette proposition est aussi vraie que je la crois inattaquable, la conséquence nécessaire est que l'on doit opérer dès que le croup membraneux est constaté.

B. *Le danger résultant de l'opération est aussi grand que celui que l'on fait courir au malade en la différant.*

Telle est la seconde objection qu'il est bien facile de réfuter. — L'opération faite suivant les règles que M. Bretonneau et moi avons établies, peut offrir quelques difficultés, mais je ne l'ai jamais vue s'accompagner d'accidens graves. Chez un seul enfant, j'ai vu survenir deux légères hémorrhagies après l'opération. L'opération en elle-même n'a donc rien de dangereux ; les suites sont celles d'une solution de continuité faite par un instrument tranchant, c'est-à-dire qu'elles n'ont aucune espèce de gravité. Ainsi donc les inconvéniens minimes de l'opération ne peuvent être mis en balance avec les inconvéniens très-graves résultant de la propagation des fausses membranes dans les bronches.

La troisième objection est la suivante :

C. *Le diagnostic de l'affection croupale n'est pas tellement infaillible, que l'on ne puisse faire quelquefois une opération inutile.* J'avoue que le diagnostic de l'affection croupale n'est pas infaillible, et je le crois si bien que je viens de consacrer plusieurs pages à discuter ce diagnostic ; mais je le regarde comme à peu près infaillible si l'on s'aide des signes que j'ai indiqués plus haut. J'en veux pour preuve que sur quarante-six opérations que nous avons faites M. Bretonneau et moi, nous avons toujours pu constater par la trachéotomie elle-même, qui est une autopsie vivante, que nous ne nous étions pas trompés.

Admettons maintenant que l'erreur soit possible, faisons davantage, accordons qu'on la puisse commettre une fois sur dix. Si l'enfant n'a qu'une angine striduleuse, l'opération, qui en elle-même n'a aucun danger ne l'empêchera pas de guérir ; si l'enfant a vraiment le croup, la trachéotomie pourra le sauver. Et d'ailleurs on ne doit pas ignorer, et M. Scouttetten en a vu un exemple récent, que l'angine striduleuse simple, c'est-

à-dire l'inflammation pure et simple de la membrane muqueuse du larynx peut produire une telle suffocation que la trachéotomie devienne indispensable.

Donc il faut pratiquer la trachéotomie dès que la diphthérite laryngienne est constatée.

Je dirai pour le croup ce que bien des chirurgiens expérimentés disent pour la hernie étranglée : il est rare que l'on perde des malades en opérant vite, il est rare qu'on en sauve en attendant le dernier moment.

En pratiquant la trachéotomie lorsque les enfans vont expirer, on risque : 1° de trouver les fausses membranes aussi étendues que possible ; 2° de ne pouvoir remédier à la congestion, à l'engouement, à l'inflammation et à l'emphysème pulmonaire, accidens assez fréquens dans le dernier degré de l'asphyxie ; 3° on rend l'opération beaucoup plus difficile à cause du gonflement énorme des vaisseaux du col, gonflement d'autant plus grand que la respiration est plus embarrassée.

« De l'influence des traitemens antérieurs sur le succès de l'opération. » — J'ai cherché à apprécier autant qu'il était en moi l'influence que pouvaient avoir sur le succès de l'opération les traitemens divers qui avaient été mis en œuvre pour combattre le croup. Appelé presque toujours pour être témoin des dernières scènes de la vie, et toujours étranger au traitement qui avait été suivi, j'ai pu en apprécier les résultats sans partialité.

Des 30 malades que j'ai opérés, 25 avaient perdu du sang par des applications de sangsues au col ; 4 n'avaient point été traités ; 1 l'avait été par des mercuriaux à haute dose. Chez tous la maladie avait marché de telle manière que les médecins eux-mêmes, jugeant la trachéotomie indispensable, m'avaient mandé pour la pratiquer. On en peut toujours tirer cette conclusion préalable, que les émissions sanguines locales ne guérissent pas si certainement le croup que l'Ecole du Val-de-Grâce l'avait avancé.

Des 21 qui avaient été saignés, 3 sont morts avant l'opération, et 2 par l'expulsion de la canule que l'on n'a pas su replacer. Restent 20. Sur ces 20 malades, 7 avaient été profondément débilités par des émissions sanguines portées aussi loin que possible. Tous sont morts, 2, 3, 11, 15, 16, 22 heures, cinq jours après l'opération : la durée moyenne de la vie après la trachéotomie a donc été chez eux de 26 heures à peu près. Des 13 autres qui avaient été modérément saignés, 6 ont été guéris, 7 sont morts 14, 26, 30, 36, 56, 74, 96 heures après l'opération : la durée moyenne de la vie a donc été chez ces 7 derniers de 38 heures.

1 avait été profondément débilité par les mercuriaux, par les vomitifs et par les purgatifs. Il a vécu 30 heures.

4 autres n'ont eu aucun traitement ; deux ont guéri ; deux sont morts, l'un 16 heures, l'autre 36 heures après l'opération.

Ainsi, nous voyons que ceux qui ont été profondément débilités par les sangsues sont tous morts, et n'ont vécu, terme moyen, que 26 heures ; que l'on a guéri près de la moitié de ceux qui n'avaient point eu de sangsues ou qui avaient été saignés très-modérément ; et que ceux qui, ayant été modérément saignés, sont morts cependant après l'opération, ont vécu, les uns, terme moyen, 38 heures, les autres 26 heures.

D'où il est permis de conclure : 1° que les émissions sanguines trop fortes sont un moyen funeste, puisqu'elles enlèvent toute chance de succès pour la trachéotomie ; 2° que les émissions sanguines modérées, et pratiquées de telle manière qu'il n'en résulte pas de débilité, ont à peu près sur l'issue de la trachéotomie la même influence que l'absence de tout traitement.

Je n'ai opéré que quatre enfans qui n'avaient point été traités : les parens avaient appelé leur médecin alors que le mal avait déjà fait des progrès irrémédiables, et j'avais immédiatement été mandé en consultation. On ne peut imaginer avec quelle simplicité tout a marché chez les deux qui ont guéri. La réaction a été facile, l'expectoration toujours énergique, les forces, l'appétit n'ont pas été perdus un instant, et la guérison a été complète bien plus rapidement que chez ceux qui avaient été affaiblis par des saignées ou par les mercuriaux.

Lorsque les enfans ont été débilités par la saignée, il suinte sans cesse des lèvres de la plaie une sérosité sanguinolente qui entre dans les bronches à chaque mouvement inspiratoire et qui engoue promptement le poumon ; mais le plus grave inconvénient qui résulte de cet affaiblissement, c'est que les petits malades n'ont pas la force d'expectorer le mucus plastique qui remplit les petites bronches, les fausses membranes qui tapissent la trachée et les premières divisions bronchiques, non plus que les médicamens que l'on instile dans les canaux aériens. Ils ne se relèvent pas de la profonde stupeur dans laquelle ils étaient plongé avant l'opération, et ils succombent misérablement au bout de 10 ou 15 heures, sans avoir expectoré autre chose qu'un peu d'écume blanche.

La même chose arrive, quoiqu'à un moindre degré, lorsque l'on a donné avant l'opération des mercuriaux à dose capable de produire la salivation. Aussi je n'hésite pas à proclamer que la médication mercurielle ne nuit guère moins aux succès de l'opération que les émissions sanguines.

La meilleure condition de curabilité est de n'avoir subi aucun traitement ; et je ne saurais trop engager mes confrères, une fois qu'ils ont reconnu l'existence du véritable croup, à pratiquer au plus tôt la trachéotomie.

Du traitement qui doit suivre l'opération. —Dès que l'incision de la trachée est faite, à l'instant même le sang s'engouffre dans les bronches, et comme la respiration devient encore plus difficile, l'hémorrhagie veineuse, loin de s'arrêter, coule avec plus de force. Il faut à l'instant même s'armer du *dilatateur* qu'on introduit fermé entre les lèvres de la plaie de la trachée, et quand il y est engagé on l'ouvre modérément en rapprochant les anneaux. Cette manœuvre, toute facile qu'elle paraisse, n'en demande pas moins quelque habitude. Très-souvent il

m'arrive à moi-même de placer l'extrémité de mon instrument entre les muscles, ou de n'introduire dans la trachée qu'une des branches. *Il faut procéder lentement et aller aussi profondément que possible.* Lorsque le dilatateur est bien placé, l'air pénètre aisément, le sang, les fausses membranes, les mucosités sont expectorés, et la respiration devient ordinairement facile. Le dilatateur est laissé dans la trachée tant que dure la syncope qui suit ordinairement l'opération, et jusqu'à ce que l'on ait introduit la canule. La canule ne doit jamais être placée que dix ou vingt minutes après l'opération. Il faut préalablement avoir nettoyé la trachée et les bronches, et avoir cautérisé la membrane muqueuse qui les tapisse.

1° *Nettoyer la trachée et les bronches.* Quand, pendant les efforts de toux, une fausse membrane se présente entre les branches du dilatateur, on la saisit avec une pince, et on la tire doucement de peur de la rompre; mais le plus souvent, les concrétions pelliculaires et le mucus demi-plastique adhèrent fortement à la membrane muqueuse, et il faut alors les enlever à l'aide des *écouvillons* qui ne sont autre chose qu'un petit morceau d'éponge fine à l'extrémité d'une tige de baleine souple, arrondie, et longue de six ou huit pouces, ou une petite brosse semblable à celle dont on se sert pour nettoyer les bouteilles; cette dernière, on la fabrique de la manière suivante: quelques brins de crin flexible, disposés entre les branches d'un fil d'acier ou de laiton replié sur lui-même, sont également et parallèlement répartis dans un espace de sept à huit lignes; ils doivent se toucher, et même se recouvrir. Les deux fils, saisis avec des pinces immédiatement au delà du crin, sont alors tordus en spirale. Entraînés par la torsion, les crins perdent leur parallélisme pour converger autour de l'axe sur lequel ils se trouvent fixés. Dès qu'ils sont ainsi saisis et solidement arrêtés entre les révolutions de la double hélice, il ne reste plus qu'à les tailler pour donner à la petite brosse la forme d'une boule portée sur une tige qui est fournie par les deux fils d'acier contournés l'un sur l'autre (1). Il est bon d'assujettir cet écouvillon sur un petit manche fait avec une plume ou un petit morceau de bois.

Ecouvillonnemens. L'écouvillonnement est une chose tellement indispensable, tellement capitale dans le traitement qui suit l'opération, que j'insisterai avec soin sur la manière de le pratiquer. Dans les circonstances ordinaires je préfère l'écouvillon d'éponge; on l'enfonce rapidement de trois, quatre, cinq, et même six pouces, en lui faisant exécuter un mouvement de rotation; puis on le fait cheminer plusieurs fois de haut en bas, et on le retire en continuant d'imprimer le mouvement de rotation dont j'ai parlé. Chaque écouvillonnement ne dure pas plus de deux ou trois secondes; l'éponge retirée, un aide l'exprime avec un morceau de linge, et enlève le mucus qui l'enduit. On réintroduit immédiatement l'instrument, et ainsi de suite, dix, vingt, trente, quarante fois, jusqu'à ce que l'on ait emporté ou les mucosités ou les fausses membranes que l'on entend bruire dans la trachée. Avant de commencer l'écouvillonnement, il faut en général injecter dans les bronches une demi-cuillerée à café d'eau tiède ou froide; cette eau, l'écouvillon, l'air qui entre et sort, ébranlent, brassent et entraînent au-dehors tout ce qui se trouve dans les conduits aériens. L'écouvillonnement provoque le plus souvent une toux extrêmement fatigante; les pauvres enfans font des efforts inouïs, et l'on voit quelquefois la sueur ruisseler de tout leur corps. Quelque fatigue qu'il en doive résulter, il faut que le médecin soit impitoyable, et qu'il se persuade qu'à tout prix on doit obtenir l'expulsion des produits morbides qui tapissent la membrane muqueuse pulmonaire : *à la lettre, il faut* RAMONER *la trachée et les bronches.* Mais quand la respiration n'est nullement gênée, quand les enfans n'ont pas été écrasés par des émissions sanguines, quand déjà l'inflammation pelliculaire est modifiée, et qu'il ne se sécrète plus que du mucus, il suffit de passer une ou deux fois l'écouvillon, et la manœuvre est alors si simple, que le plus souvent les enfans endormis ne s'éveillent pas.

Le premier écouvillonnement doit se faire immédiatement après l'opération; par là on entraîne le sang, le mucus et la plupart des concrétions croupales. « Ainsi, la membrane muqueuse est mise à nu, condition nécessaire pour que les médicamens topiques puissent la modifier, *et ici l'on doit poser un précepte d'*écouvillonner à fond toutes les fois que l'on veut agir directement sur la membrane muqueuse. » L'écouvillon de crin sert quand une fausse membrane est trop adhérente et que l'éponge ne peut l'entraîner, il est toujours préférable à l'autre pour nettoyer la canule.

Cautérisation. Lorsque la trachée et les bronches sont bien nettoyées, on procède à la cautérisation. Celle-ci se fait de deux manières: 1° *par attouchement*; 2° *par instillation.*

Cautérisation par attouchement. On imbibe de la liqueur caustique un écouvillon d'éponge, et on le porte à plusieurs reprises sur tous les points de la membrane muqueuse que l'on peut atteindre. De cette manière, on ne répand pas de solution caustique dans les bronches. Cette cautérisation doit être répétée au moins trois fois le premier jour, et deux fois les deux jours suivans.

Cautérisation par instillation. La cautérisation par instillation se pratique de la manière suivante: on remplit de la liqueur caustique une plume à écrire, et on la verse dans la trachée en profitant, autant que possible, d'un mouvement d'inspiration. Immédiatement après, on instille de l'eau, et l'on écouvillonne vigoureusement jusqu'à ce que les canaux aériens soient bien nettoyés. La cautérisation par instillation doit être répétée au moins six fois le premier et le deuxième jours, trois fois le troisième jour, une fois le quatrième. Si, après l'opération on a pu constater qu'il n'y avait pas de concrétions croupales au-delà du larynx, on se contente des cautérisations par attouchement, et l'on fait chaque jour une seule instillation, par excès de précaution.

Les deux ou trois premiers jours, après chaque cau-

(1) Bretonneau. Traité de la diphthérite.

térisation, il se fait à la surface de la membrane muqueuse une exsudation séreuse fort abondante. Cette supersécrétion continue ordinairement pendant vingt ou trente minutes, et en général d'autant plus longtemps que les malades ont été débilités par de plus fortes saignées. Il est urgent alors d'écouvillonner souvent et légèrement avec l'éponge bien exprimée, de manière à enlever toutes ces mucosités aqueuses.

La solution caustique pour la cautérisation par attouchement et celle que l'on emploie en instillation ne sont pas préparées à la même dose; la première est de 18 grains de nitrate d'argent pour un gros d'eau distillée; la seconde, de 4 grains seulement pour la même quantité de liquide, et il est d'autant plus important d'observer cette proportion, que si l'on se servait pour instiller de la première solution on risquerait de coaguler le mucus contenu dans les deuxièmes ou troisièmes divisions bronchiques, et de causer ainsi une asphyxie immédiate; tandis que la solution n° 2, ne peut produire un pareil accident, elle blanchit seulement, mais elle ne coagule pas l'albumine.

Des instillations d'eau. J'ai déjà fait comprendre l'importance des instillations d'eau dans les bronches lorsque l'on voulait détacher et entraîner les fausses membranes. Elles ont encore un autre avantage, c'est de délayer le mucus et d'en rendre l'expectoration plus facile. Le contact rapide de l'air avec la trachée dessèche souvent les mucosités qui la tapissent exactement comme dans les fosses nasales; les instillations d'eau obvient encore à ce grave inconvénient. Lorsqu'il s'agit de détacher, d'entraîner au dehors des concrétions tenaces, il faut injecter une grande quantité d'eau, une cuillerée à café d'un seul coup; et écouvillonner immédiatement après; mais, pour délayer ou ramollir les mucosités, on se contente de verser dans la trachée deux ou trois gouttes en quart d'heure quart d'heure. Les grandes instillations conviennent surtout dans les deux ou trois premiers jours, et elles ne doivent guère se répéter que toutes les heures; les petites instillations seront faites plus fréquemment, mais elles conviennent surtout les jours suivans.

Des canules et de leur introduction. Lorsqu'après l'opération la plaie, la trachée et les bronches ont été convenablement nettoyées et cautérisées, on introduit une canule que l'on assujétit solidement.

Je me sers ordinairement des canules d'un volume assez considérable. Le précepte donné par M. Bretonneau qui les a inventées (1), c'est « que le conduit artificiel ait toujours au moins le diamètre normal de la glotte du sujet. » Précepte capital qu'on ne doit jamais oublier.

Avant d'introduire la canule on passe dans les yeux qu'elle porte à son ouverture antérieure deux brins de fil fort ou de cordonnet, destinés à maintenir l'instrument solidement fixé. D'une main le médecin tient dans la trachée le dilatateur dont il écarte les mors, de l'autre main il tient la canule qu'il fait glisser dans la trachée entre les branches du dilatateur. Lorsque la canule est introduite il retire le dilatateur, lie fermement les fils autour du col. L'introduction est souvent fort difficile; quelquefois on manque l'ouverture de la trachée, et on enfonce l'instrument au devant de ce conduit dans le tissu cellulaire. On est averti que la canule est bien placée par le libre passage de l'air et des mucosités, et par la facilité de la respiration. Il est important, indispensable même que les canules soient longues, et qu'elles s'enfoncent dans la trachée de plusieurs lignes au delà de l'angle inférieur de la plaie de ce conduit. Si la canule est trop courte elle se dérange dans les efforts de toux, se place au-devant de la trachée dans un cul de sac qui s'y trouve toujours, et le malade meurt asphyxié en quelques minutes, accident affreux que j'ai eu trois fois à déplorer; bien que j'eusse laissé auprès de mes malades des élèves en médecine qui n'étaient pas sans quelque expérience. L'erreur, dans ce cas, est d'autant plus facile, que la canule n'étant déplacée que dans sa partie postérieure, les personnes inexpérimentées ne savent à quoi attribuer cette gêne subite de la respiration. Ajoutez à cela que les enfans sont pris à l'instant même de mouvemens violens, qui rendent beaucoup plus difficiles les manœuvres nécessaires pour replacer l'instrument. Ainsi, donc, le praticien se souviendra d'une part qu'il faut une canule qui plonge de cinq à six lignes dans la trachée; d'autre part, qu'il faut la fixer assez solidement pour qu'elle ne puisse être expulsée dans les efforts de toux.

Lorsque l'on place le doigt au devant du cou d'un enfant ou d'un adulte pour explorer la trachée avant que les tégumens ne soient divisés, ou même lorsque l'on pratique sur le cadavre l'opération de la bronchotomie, on ne prend pas une idée juste de la profondeur à laquelle se trouve la trachée sur le vivant, après l'opération. Cette profondeur est au moins double de celle qu'on avait supposée. Aussi, ne doit-on jamais craindre d'avoir des canules trop longues. Cela est d'autant plus important, que, dès le lendemain de l'opération, la plaie se gonfle au point que la même canule convenable la veille, cesse de l'être le lendemain. C'est pour remédier à cet inconvénient que j'ai imaginé des canules avec un tuyau d'allongement comme une lorgnette.

L'avantage de ces canules c'est de pouvoir servir aussi bien le premier jour que les trois jours suivans. Mais, dès le quatrième jour, les lèvres de la plaie commencent à se dégonfler, et la détumescence devient telle, que la trachée se trouve moins profonde même qu'elle ne l'était immédiatement après l'opération; alors il faut des canules plus courtes. Ces canules ne s'enfonçant presque pas dans la trachée, n'empêchent pas l'air et les mucosités d'aller battre contre le larynx dans les efforts de toux, et de détacher les concrétions croupales qui restent encore adhérentes aux cordes vocales. Mais ces courtes canules peuvent quelquefois se déranger, quoique l'ouverture de la trachée soit alors béante, et ne se referme qu'au bout de quelques heures; cependant j'ai dû penser aux cas où le médecin serait forcé de ne voir son malade qu'une fois en vingt-quatre heures. J'ai donc

(1) Bretonneau. Traité de la diphthérite.

fait faire des canules à *ouvertures dorsales*, dont l'ouverture dorsale est placée tout près de l'extrémité postérieure de l'instrument. Si elle avait été placée plus en avant, elle aurait été en contact avec la paroi supérieure de la plaie, et alors les chairs qui s'y seraient introduites, auraient fait hernie dans la cavité de la canule et l'auraient complètement oblitérée, accident qui m'est arrivé une fois et qui eût coûté la vie à l'enfant, sans la présence d'esprit du père qui enleva l'instrument. *Le précepte est donc que l'ouverture dorsale soit tout entière dans la trachée.* Or, voici l'avantage de cette ouverture : elle permet la communication directe entre la trachée et le larynx ; et quand on suppose que le larynx commence à se désobstruer, on ferme incomplètement la canule avec un bouchon, et alors l'air et les mucosités passent sans peine des bronches dans l'arrière-bouche.

Les canules que j'ai décrites, sont ordinairement en métal plein et par conséquent inflexible. J'ai eu souvent à me plaindre de cette inflexibilité, et pour y remédier, j'ai fait faire des canules avec des fils d'argent plates et contournées en spirale. Il est facile de leur adapter un allongement à lorgnette ; mais il n'est pas aussi simple d'y pratiquer l'ouverture dorsale. Je me sers souvent de ces canules dans les premiers jours qui suivent l'opération.

Plusieurs médecins, et entre autres MM. Bretonneau, Gendron, Coqueret, ont songé à suppléer aux canules, dont j'ai donné plus haut la description, par des instrumens qui pussent s'appliquer à tous les temps de la maladie, et qui se maintinssent solidement.

De quelque canule que l'on ait fait choix, il ne s'agit pas seulement de l'introduire et de la fixer, il faut encore l'enlever, la nettoyer, la replacer aussi souvent qu'il est nécessaire ; et j'indiquerai à cet égard les résultats de ma propre expérience. Quand la canule est large, il est absolument possible de ne l'ôter qu'une fois par jour ; mais il est convenable dès qu'on le peut, de l'enlever trois fois en 24 heures pendant les trois jours qui suivent l'opération, deux fois les trois jours suivans, et une fois seulement jusqu'au moment où l'on ferme la plaie. Ce n'est pas seulement pour la nettoyer qu'on l'enlève, le plus souvent elle n'est nullement embarrassée mais l'expérience a prouvé que l'on ne pouvait bien écouvillonner à fond qu'en ôtant la canule, soit que le mucus et les fausses membranes s'attachent à l'extrémité interne de l'instrument, soit que la paroi postérieure et membraneuse de la trachée s'applique sur l'ouverture de la canule et la ferme en partie. Quand on écouvillonne avec la canule on ne peut le faire ni avec la même facilité, ni avec la même sûreté, car souvent l'écouvillon en revenant s'accroche au rebord de la canule, et l'enleverait si on ne le retirait avec précaution.

Je me résume en disant que pour les écouvillonnemens ordinaires on laisse la canule, mais qu'il est convenable de l'enlever pour écouvillonner à fond.

Pendant les deux ou trois premiers jours, la plaie de la trachée se referme pour peu que l'on enlève la canule, aussi est-il convenable d'introduire le dilatateur dès que le tube est ôté. Le dilatateur reste dans la plaie tant que l'on écouvillonne, et jusqu'à ce que la canule ait été replacée.

— *Époque à laquelle on doit fermer la plaie.* Si le cinquième ou le sixième jour, on n'entend pas l'air passer un peu par les voies naturelles dans les grands efforts de toux, il convient de porter une ou deux fois la solution caustique dans le larynx, à l'aide d'une baleine forte, recourbée et armée d'une petite éponge. Cette médication bien simple suffit pour faciliter le passage de l'air et des mucosités. Alors on bouche la canule en totalité ou en partie, suivant que le larynx est plus ou moins libre. Pour la première fois la canule ne reste bouché qu'un quart d'heure ou une heure au plus. On la rebouche quelques heures après pendant deux ou trois heures, puis pendant dix ou douze heures. Si alors la respiration reste facile, on enlève la canule, on nettoie la plaie, et on en rapproche exactement les bords avec deux bandelettes de taffetas d'Angleterre. L'appareil est recouvert de coton cardé et d'une cravate peu serrée dont le plain est appliqué derrière la nuque, et dont les chefs viennent se croiser au devant du col, passer sous les aisselles et se nouer derrière le dos. On change le bandage deux fois par jour, et ordinairement, après 4, 6 ou 8 jours, l'ouverture de la trachée est entièrement cicatrisée. Il ne reste alors qu'une plaie simple qui ne tarde pas à se guérir.

Que si la plaie extérieure se recouvre de concrétions, ce qui arrive assez fréquemment, on la saupoudre de calomel qui modifie en peu d'heures cette disposition morbifique.

Traitement de la diphthérite buccale et pharyngienne. Quoiqu'on ait fait la trachéotomie il ne faut pourtant pas négliger le traitement de la diphthérite dans le pharynx qu'elle occupe presque constamment, et dans la bouche où elle se rencontre assez souvent. Pour remplir cette indication il suffira de porter deux ou trois fois par jour sur les parties malades un mélange de deux gros d'acide hydrochlorique pour deux onces de miel rosat, ou bien encore une forte dissolution d'alun dans du sirop de sucre ou de miel. Il est d'autant plus important de s'occuper de la diphthérite du parhynx et de la bouche, que cette phlegmasie spéciale est souvent l'unique cause de la dyspepsie des enfans, et rien n'est plus essentiel que d'alimenter ces malades, comme je vais le dire :

Régime. Une fois l'opération faite, il faut, et c'est une condition de succès presque nécessaire, il faut, dis-je, alimenter ses malades : le lait, le bouillon, les soupes légères, seront donnés tant que durera la fièvre traumatique ; on en viendra à des substances plus nourrissantes, dès que l'orgasme fébrile aura entièrement cessé. Si l'appétit languit, si les forces ne se relèvent pas, le vin de quinquina rendra d'utiles services.

Quant, aux complications, s'il en survient elles rentrent dans le domaine de la médecine ordinaire, et je n'ai à cet égard, aucun autre conseil à donner à mes confrères, que celui d'éviter autant que possible toute médication débilitante.

A. TROUSSEAU, *médecin des hôpitaux, agrégé près la Faculté de Médecine de Paris.*

DOTHINENTÉRIES ÉPIDÉMIQUES.

(4e et dernier ARTICLE.) (1)

Si quelque chose peut démontrer combien il importe de ne pas détourner les mots de leur véritable sens, assurément c'est le doublé emploi du mot épidémique. Que veut-il dire? Sur le peuple, maladie répandue sur une population. L'on appelle eu outre maladie épidémique celle dont la propagation est attribuée à un principe malfaisant contenu dans l'air; mot à mot le terme épidémique désigne un chiffre de malades et non une qualité de la maladie. C'est par le nombre des malades qu'on juge que telle affection est épidémique, puis c'est par la qualité épidémique attribuée à cette affection qu'on explique le nombre des malades.

Evidemment il existe là un eercle vicieux où la cause devient effet et l'effet devient cause, selon la volonté ou le caprice du médecin.

Nous avons vu la dothinentérie se répandre sous des eonditions si diverses de lieux, de température, de saisons, qu'on nous pardonnera de ne pas expliquer ses désastres dans nos petites loealités par des variations de baromètre, de thermomètre et d'hygromètre; et sans vouloir non plus énumérer gravement tous les péchés hygiéniques des habitans de la campagne, nous allons examiner si les maladies dont ils sont affligés, sont la conséquence d'une infection locale.

Certes les médecins qui voudraient, bon gré mal gré, tout rapporter à l'infection, trouveront dans les hameaux, les fermes et le genre de vie des habitans, des causes d'épidémies.

Ces causes toutefois sont permanentes, et les épidémies sont passagères. Celles-ci ne s'observent pas précisément dans les lieux les plus insalubres, ceux situés dans des endroits bas, humides, où l'air est peu renouvelé, où des fumiers et des marais sont contigus aux habitations.

Dans le même bourg, des familles nombreuses aecumulées dans un loeal étroit, en butte aux privations de la misère, ont souvent été garanties, lorsque le mal frappait aux maisons où l'on remarquait la propreté et l'aisance.

Enfin, nous avons vu des malades éloignés de toute influence d'infection par leur position sociale, et qui, à la suite de soins ou de visites, contractaient la dothinentérie. Je sais qu'à de tels faits on répond que le même foyer d'infection qui se renouvelle par un premier malade, peut en produire un second, un troisième, ete.

Remarquons toutefois avec quelle intelligence cette prétendue infection s'adresse de préférence à ceux qui soignent les malades.

M. de La Guérinière est reeu, à Château-du-Loir, chez des parens qui lui font des visites; sa femme seule lui donne des soins continuels, l'assiste quand il se lève, quand il se couche, occupe la nuit le lit où le malade reposait le jour, *seule*, elle contracte la dothinentérie.

Nous trouvons chez madame Perret du Lude, le même enchaînement de circonstances.

Trois médecins la visitent, son mari est fréquemment dans sa chambre, deux demoiselles s'y présentent de temps en temps; mais sa sœur, mademoiselle Dumonlinet, est constamment près d'elle, veille à tous ses besoins, l'aide à changer son linge, c'est elle seule que la dothinentérie attaque et de manière à donner les plus grandes inquiétudes.

Des familles plus ou moins nombreuses, plus ou moins aisées, habitent des fermes isolées dans des lieux salubres, leur genre de vie, commun à tous les habitans de la campagne, ne nuit en rien à leur santé. Avant elles, des individus bien portans ont habité et exploité les mêmes fermes, de nouveaux fermiers leur succèdent sans ressentir aucune atteinte dans leur santé; et cependant ces familles intermédiaires à d'anciens et de nouveaux colons, demeurés sains et saufs, ont été décimées par l'épidémie, après avoir donné asile à un malade, nouveau venu.

De bonne foi, peut-on douter dans de telles circonstanees de l'importation d'une maladie et de sa transmission par contagion?

C'est ainsi que se sont propagées les épidémies de nos environs.

1° Nanette Lepinay, en octobre 1825, apporte au Verger la maladie de Villebourg.

2° En octobre 1826, Marie Vadereau porte la dothinentérie de Dissay à la Bomboirie et à l'hospice de Château-du-Loir.

3° Dans la même année et le même mois, mais dans une direction opposée, la femme Dupin transmet à la Brosse, commune de Bueil, la maladie du Petit-Gênes, hameau limitrophe de Dissay.

4° Quelques semaines après, le jeune Breton donne à ses parens de la Besnardière le mal de la Bomboirie.

5° En septembre 1829, la veuve Rousseau communique aux habitans de la Chevalerie, la maladie qu'elle a contractée auprès d'un de ses voisins nommé Simoneau.

6° Deux journaliers, Baillon et Biollon, répandent aux Caves-Blanches, l'affection qu'ils ont prise à la Chevalerie.

7° Au printemps et pendant l'été de 1827, la dothinentérie se promène de Saint-Pierre de Chévillé au Fresne.

8° Le 8 mai 1828, la fille Lemeunier arrive à la Drouanderie où elle propage la maladie de Coëmont.

9° De là le mal transmigre à la Baraterie avec le journalier Degouse.

10° La même maladie avait été importée de Montalon à Coëmont au mois de février 1828, par la fille Bourgoin.

11° Au mois de mars 1829, la dothinentérie est transportée de la Gadrillerie au Petit-Gênes, par la femme Ragot.

12° Enfin, l'épidémie de Vaas arrive avec le fils Refour dans la commune de la Chapelle à la Cave-Giroux,

(1) Voyez le n° de juin, tome XXIII de l'Encyclogr., p. 19.

maison isolée, vaste, saine, tenue très-proprement, dont les habitans occupent plusieurs appartemens.

La plupart de ces faits se sont accomplis devant moi, plusieurs ont eu pour témoins mes confrères : MM. Cullier, de Château-du-Loir ; Labbé, de Saint-Christophe; Rocher, dont la mort prématurée laisse de profonds regrets dans la commune de Dissay; Lépingleux, de Vaas; et lorsque des détails m'ont été transmis j'ai constaté sur les lieux mêmes leur exactitude.

Si du premier malade, qui ne permet pas de douter de l'importation, nous passons aux malades suivans, l'ordre de succession démontre comme une vérité palpable et mathématique que les épidémies de nos petites localités ont été le résultat de la contagion.

Je ne prétends pas toutefois être plus contagioniste que les faits : chez le premier malade de quelques familles, malgré les recherches les plus sévères, l'origine contagieuse de la dothinentérie n'a pu être constatée; par exemple, dans les premières épidémies de Coëmont et du Petit-Gênes, la dothinentérie a paru spontanée chez le premier malade de ces deux endroits; de même dans le cours de ma pratique, j'ai vu quelques dothinentéries isolées dont la cause m'est entièrement inconnue. Celles-ci ont été isolées, parce que la contagion n'a pas eu son effet; celles-là ont cessé de l'être, parce que les garde-malades ont successivement succombé à son action : ainsi l'ordre de propagation dans le cours des épidémies a toujours été le même, que le premier malade fût étranger ou indigène. Toutes doivent donc être attribuées à une même cause, c'est-à-dire au caractère contagieux de la dothinentérie.

DOTHINENTÉRIES ENDÉMIQUES.

Veut-on considérer comme endémiques les fièvres typhoïdes qui ont paru plusieurs fois dans une même localité? L'on regarde comme endémiques les maladies particulières à certaines contrées, à certains climats, à certaines localités, et qui s'y reproduisent plus ou moins fréquemment.

La dothinentérie a reparu à Coëmont et au Petit-Gênes, dans l'intervalle des deux épidémies; l'état sanitaire des habitans était satisfaisant, et dans ces lieux le retour de la maladie épidémique a été précédé de l'arrivée d'un premier malade qui lui-même avait contracté la fièvre typhoïde.

Rien d'endémique dans cette réapparition du mal. A la Drouanderie, chez Contereau, des domestiques sont atteints, l'une à époque rapprochée, deux autres dans un temps très-éloigné d'une épidémie précédente ; mais des lits peut-être contaminés ont été occupés par ces nouveaux malades; des circonstances semblables ou également suspectes expliquent suffisamment la lente succession de la dothinentérie chez quatre personnes de la famille Gosselin.

Je rejette toute influence d'insalubrité locale, lorsque je sais que ces mêmes habitations, tenues d'ailleurs proprement, ont été exploitées par d'anciens ou de nouveaux locataires dont la santé a toujours été excellente.

DOTHINENTÉRIES SPORADIQUES.

Chaque fois que j'ai trouvé des dothinentériques clairsemés dans une ou plusieurs communes limitrophes, j'ai constaté qu'il avait existé entre eux des communications directes ou indirectes ; par conséquent, je n'ai pas encore observé de dothinentériques sporadiques.

Je conçois pourtant que les médecins qui répugnent à admettre l'action nuisible des relations indirectes, reconnaissent des affections sporadiques. Dans les villes, les épidémies commencent souvent avec cette apparence.

A Vaas, plusieurs malades de diverses familles furent atteints; le premier de chacune d'elles, n'avait pas toujours eu des relations directes avec les précédens dothinentériques, mais du moins les relations indirectes avaient été fréquentes. L'influence des rapports immédiats redevenait sensible dans chaque maison particulière et le fut même dans celle où la réunion de plusieurs pensionnaires aurait pu faire soupçonner l'infection.

Si le premier malade de cette maison se retire au bout de quelques jours, sans communiquer la dothinentérie à son compagnon de lit, il faut observer que très-rarement la maladie se transmet aux premières périodes.

Plus tard l'hôtesse est prise, puis un pensionnaire qui lui rend des visites; celui-ci a un camarade de lit qui est pris de préférence à ses camarades de chambre.

Vient ensuite la domestique, occupée constamment près de sa maîtresse, et enfin une jeune fille, compagne de lit de la domestique.

Certes l'infection ne marque pas ses victimes dans un ordre si régulièrement soumis à la fréquence des contacts.

C'est donc souvent parce qu'on ignore les rapports qui ont pu être nuisibles aux premiers malades de chaque maison, que dans les villes une maladie est regardée comme sporadique.

Puis lorsque les malades sont plus nombreux on l'appelle épidémique, puis enfin, comme il est impossible de ne pas voir la propagation dans les familles, on lui accorde le caractère contagieux, que l'on fait dériver du caractère épidémique, c'est-à-dire que l'épidémie est regardée comme la cause est non comme l'effet de la contagion.

Cette opinion n'est pas nouvelle, des auteurs recommandables l'ont adoptée.

« Quandò verò communiores causæ plures eòdem tem-
» pore afficiunt, popularemque morbum reddunt, *epide-*
» *mica* tunc est et perniciosior. »

« Quo in casu ni sani sibi caveant, facilè suscepto
» maligno et nervis infensissimo miasmate, in eamdem
» incidunt. Tunc etiam *contagiosa* dictur. »

(Burserius, *Febris lenta nervosa*, tom. I, pag. 178.)

Lorsqu'une maladie est répandue de manière à mérite le nom d'épidémique, sans doute les chances de contagion augmentent en raison du nombre des malades; mais quand on se donne la peine d'analyser, de disséquer les épidémies des petites localités, l'ordre de succession des

maladies démontre que partout l'épidémie est l'effet et non la contagion.

Sans doute, et le bon sens l'indique, si une influence locale délétère était la cause de la maladie épidémique, cette influence qui s'exerce depuis long-temps sur les indigènes, les ferait succomber simultanément, les conditions d'âge, de tempérament, d'habitudes hygiéniques étant d'ailleurs égales chez plusieurs d'entre eux.

Je veux bien que, dans un ou deux hameaux, une ou deux fermes, l'épidémie par infection débute sur un seul individu en vertu d'une aptitude particulière ou, comme l'on dit médicalement, de certaine idiosyncrasie.

Mais au moins l'on accordera que l'infection, si infection il y a, menaçante pour plusieurs individus dans les mêmes conditions, doit communément sur plusieurs à la fois exercer son premier acte de puissance. Eh bien, dans aucun des endroits que j'ai cités, nulle part enfin, je n'ai vu deux malades pris à la fois au début d'une épidémie.

Je ne dis pas que cela n'ait jamais été ou ne puisse jamais être; je crois, au contraire, que quand la dothinentérie au plus haut degré ou typhus éclate dans les villes surchargées de régimens, dans des prisons ou des hôpitaux encombrés, plusieurs malades peuvent de suite attester la réalité de l'infection.

Si cela n'a pas eu lieu dans nos localités, si avant l'arrivée d'un premier malade ou l'invasion de la maladie sur un premier individu, toute la population étant dans un état sanitaire satisfaisant, si le second malade a donné des soins au premier, le troisième au deuxième et ainsi de suite; si plus tard plusieurs individus sont atteints en même temps, mais après des rapports simultanés avec les malades, logiquement on doit conclure que dans toutes ces localités, la contagion a été la cause et non l'effet de l'épidémie.

L'attaque simultanée d'une même maladie sur plusieurs individus serait donc un signe d'infection;

La succession des malades un signe de contagion.

Cette différence n'est pas facile à saisir dans toutes les épidémies, car il est des maladies contagieuses surtout à leur début: alors les maladies se succèdent assez rapidement; pour la dothinentérie, nulle difficulté, les malades paraissent avec une lenteur remarquable. Toutefois elle peut se propager à la fois d'un seul malade à plusieurs des individus qui l'approchent; mais, dans ce cas même, le long intervalle qui a existé entre le premier malade et les suivans, dépose contre l'infection.

Non que nous nous refusions à reconnaître son influence lorsque le premier malade d'une famille nombreuse, pauvre, sale, agglomérée dans une chambre étroite n'a présenté d'ailleurs aucune relation préalable suspecte.

Mais si celui-ci approche de la convalescence lorsqu'un ou plusieurs membres de sa famille sont à leur tour affectés, je reconnais dans ce lent héritage, l'action d'une dothinentérie arrivée à la période où elle est surtout transmissible. Je serai mieux compris par l'exemple suivant.

La famille Breton se compose du père, âgé de quarante-cinq ans; de sa femme, âgée de trente-huit; d'une grand'mère, âgée de soixante-dix, et de six enfans dont cinq forment avec les trois premiers un ménage de huit personnes réunies dans une petite maison dite les Liards, placée au sommet d'une côte assez élevée; une cour étroite, resserrée entre la maison et une grange parallèle, conduit à cette habitation isolée qui présente le triste tableau de la malpropreté unie à la misère.

Au commencement de septembre 1833, une jeune fille de douze ans est prise de la dothinentérie. Elle touche à la convalescence lorsque, dans les premiers jours d'octobre, le père Breton et presqu'en même temps un fils de onze ans et une autre fille de cinq, offrent les premiers symptômes d'une dothinentérie qui plus tard fut très-grave. Le petit garçon eut le corps tout couvert de pétéchies; tous perdirent par les narines du sang qui suintait en outre des lèvres, des gencives, de la langue, et se concrétait sous forme d'enduit épais et fuligineux. L'enfant de cinq ans fut retardé dans sa convalescence par un ulcère gangréneux du sacrum.

Ces trois malades étaient eux-mêmes au troisième septénaire, lorsque la femme Breton, qui allaitait le sixième enfant, se vit à son tour dans l'obligation de s'aliter.

Bientôt la grand'mère fut prise aussi, puis une autre fille de neuf ans. Alors la répugnance des malades pour l'hôpital céda devant la nécessité, et je parvins à en faire conduire trois à l'hospice de Château-du-Loir.

Une convalescente et deux malades restèrent à la maison; ils furent soignés par la jeune fille de treize ans, habituellement absente, mais revenue exprès au foyer paternel, et une veuve Morand, leur parente et voisine, âgée de quarante-huit ans. Plusieurs voisins leur firent de courtes visites, mais la veuve Morand, en sa qualité de sœur de Breton, leur prodigua surtout des soins; elle est dans ce moment (23 novembre) au dixième jour de sa fièvre typhoïde, et la première malade d'une famille demeurant à la Fosse, à une portée de fusil des *Liards*, Nous ferons observer que trois habitations plus rapprochées des Liards, n'ont aucun dothinentérique.

La veuve Morand demeure avec deux enfans, âgés de vingt-un et de dix-sept ans; son père, âgé de soixante-quinze ans, un jeune garçon de ferme, plus une sœur venue exprès pour donner des soins à la malade. J'aurais voulu les soustraire au dangereux voisinage d'une dothinentérique, mais il ne m'a pas été possible de la décider à venir à l'hospice de Château-du-Loir.

Pendant plusieurs semaines elle a pu être approchée impunément par les différens membres de sa famille; mais le 6 décembre, vingt-deuxième jour de sa fièvre, la sœur et garde-malade nommée Marie, est à son tour forcée de s'aliter, après avoir présenté pendant quatre jours les prodrômes de la fièvre typhoïde.

Le 17, je l'ai visitée; la dothinentérie était bien caractérisée, quoiqu'en apparence moins grave que chez ses parens.

La jeune fille, première malade des Liards, n'avait eu aucune relation suspecte, peut-être a-t-elle été prise sous l'influence de conditions d'infection jusqu'alors im-

puissantes; mais n'est-il pas évident que cette malade à elle seule devient ensuite cause bien plus réelle de propagation.

Celle-ci s'opère lorsque la première dothinentérie est arrivée à sa dernière période, époque, où dans tous les lieux nous l'avons vue surtout transmissible.

Trois personnes contractent de cette première malade, le même intervalle s'écoule, puis la mère Breton, la grand'mère, un autre enfant, qui avaient résisté aux rapports directs avec la première dothinentérique, succombent au contact bien plus funeste de trois malades à la fois. En dernier lieu, une veuve Morand est prise de préférence à de plus proches voisins, mais cette femme est une parente dont les soins ont été plus constans.

L'enfant que la mère n'a pas cessé d'allaiter dans le cours de la fièvre est seul resté sain au foyer de l'épidémie.

La fille de treize ans eut, dès le 3 décembre, les prodrômes de la dothinentérie, savoir : céphalalgie, vomissemens, agitation fébrile et insomnie. (Observation 7e.) Et par une fatalité déplorable, elle et sa tante, la veuve Morand, ont été victimes de l'assistance qu'elles étaient venues généreusement porter à leur famille des Liards.

La grand'mère a succombé dans un état d'affaissement qui a suivi les symptômes de la dothinentérie. Tous les autres membres de la famille Breton se sont rétablis sous l'influence de tisanes mucilagineuses, d'eau panée, de bouillons de viande.

Pendant sa convalescence, le père qui semblait épuisé, a pris avec succès une tisane de quassia-amara.

Ils ont été traités en partie par mon confrère et ami le docteur Cullier, avec lequel je les ai visités avant de leur donner mes soins à l'hôpital.

Pour distinguer l'infection de la contagion, il est donc important de tenir compte de l'intervalle de temps qui s'écoule entre un premier malade et les suivans.

C'est ainsi que l'on peut connaître l'époque à laquelle une maladie est transmissible, et par conséquent le moment où les relations sont dangereuses.

Un retour sur nos malades nous convaincra que la dothinentérie est rarement contagieuse dans les quinze premiers jours.

1° Le domestique de Contereau est pris le 7 août, sa sœur les premiers jours de septembre, à la même époque madame Contereau mère.

2° M. La Guérinière était au quatrième septénaire de la fièvre typhoïde, lorsque sa dame en eut les premiers symptômes.

3° La sœur de madame Perret lui donne des soins pendant un mois avant de contracter la maladie.

4° Madame Gasselin est obligée de s'aliter dans les premiers jours du mois de mai, le 23 sa fille offre les prodrômes de l'affection typhoïde; elle en est décidément atteinte le 26.

5° Henriette Lefèvre est en convalescence lorsque sa mère commence sa dothinentérie.

6° Celle-ci meurt au quatrième septénaire; son autre fille n'était pas encore malade, elle le devint bientôt et succomba à son tour.

7° A la Drouanderie, au Petit-Gênes, à la Brosse, même distance de trois à quatre semaines entre les premiers malades et les suivans.

A Vaas, cette lenteur de succession fut remarquable et constante dans presque toutes les familles.

Si quelques malades propagent plus promptement la dothinentérie, c'est le petit nombre, ils font exception à une règle très-générale.

La dothinentérie acquiert lentement le caractère contagieux, elle le perd lentement aussi; des convalescens l'ont souvent répandue autour d'eux.

Il serait donc nécessaire, dans les établissemens publics, d'isoler pendant plusieurs semaines les individus guéris de ceux qui n'ont pas été atteints.

Quant à l'incubation, quoiqu'en général elle ne dépasse pas huit jours, elle peut par exception s'étendre au delà.

Parmi les élèves partis bien portans de La Flèche lorsqu'une épidémie affligeait le prytanée, quelques-uns ne sont tombés malades que quinze jours après leur arrivée.

Toutefois il faut remarquer que les prodrômes de la dothinentérie peuvent se prolonger plusieurs jours et permettre à quelques sujets de ne rien changer à leurs habitudes.

En tenant compte de cette circonstance, le temps d'incubation dépassera rarement huit à dix jours; je l'ai vu bien plus bref, j'ai cité des individus qui après une seule visite de quelques minutes ont été atteints dans les vingt-quatre heures.

Tantôt cette puissance de contagion paraît tenir du malade qui infecte les différens lieux où il arrive ou toutes les personnes qui l'approchent.

Tantôt elle semble due au nombre des dothinentériques réunis dans un même foyer : la propagation alors est plus imminente, comme les dangers d'un empoisonnement sont proportionnés aux doses du poison.

Tantôt, au contraire, elle paraît tenir aux sujets contractans, et dépendre d'une aptitude inexplicable : l'on en voit, en effet, qui sont victimes d'une simple et courte visite, tandis que d'autres s'exposent témérairement et impunément aux chances les plus redoutables de la contagion. Cette bizarrerie mérite un examen particulier.

APTITUDES, IMMUNITÉS.

Je n'examinerai pas classiquement les aptitudes qui peuvent dépendre des applicata, des circumfusa, des ingesta, etc., etc. : je m'en tiens toujours aux faits pratiques matériels, et je vois que la transmission de la dothinentérie semble plus fréquente dans les campagnes que dans les villes.

A Paris, les médecins qui se sont le plus occupés de cette maladie, doutent encore de son caractère contagieux, MM. Serres et Petit; M. Louis ne parle pas de la contagion.

Voici ce qu'en dit M. Andral :

« Une fois développée, la fièvre typhoïde est-elle sus-
» ceptible de se propager par contagion? Dans ces der-

» niers temps le docteur Bretonneau, M. Gendron, et » quelques autres médecins ont soutenu que la dothi- » nentérie était une affection éminemment contagieuse.

» Nous ne nions pas les faits cités par ces auteurs; » mais ce que nous avançons avec assurance, c'est que » jamais à Paris, soit dans les hôpitaux, soit hors des » hôpitaux, nous n'avons reconnu à cette maladie le » moindre caractère contagieux.

» Dans les hôpitaux, on ne voit pas qu'elle se trans- » mette de l'individu qui l'apporte de dehors à ceux qui » sont couchés dans les lits voisins du sien, on ne voit » pas non plus que les malades auxquels on donne le » lit précédemment occupé par un individu guéri ou » mort de la dothinentérie, viennent à en être atteints.

» Les médecins ou élèves en médecine qui en sont » frappés ne sont pas plus particulièrement ceux qui ont » touché les malades qui en étaient affectés.

» Hors des hôpitaux, quelles circonstances plus favo- » rables à la contagion que celles qu'on trouve réunies » chez les élèves en médecine qui soignent leur cama- » rade malade de fièvre typhoïde? Renfermés dans une » chambre ordinairement peu spacieuse, ils leur prodi- » guent les soins les plus assidus comme les plus dé- » voués : si la maladie était contagieuse, presque tous » devraient la contracter; et cependant nous ne nous » rappelons pas avoir vu une seule fois la maladie naî- » tre de cette manière chez un individu sain....

» Plusieurs fois nous nous sommes informés si le lit » ou la chambre qu'occupait un élève actuellement ma- » lade, l'avaient été récemment par d'autres qui avaient » aussi eu la dothinentérie, et nous avons vu qu'il n'en » avait été ainsi que dans des cas fort rares, de telle » sorte qu'il était alors permis de penser que si dans un » même lieu s'étaient succédés deux individus, atteints » d'une même espèce de maladie, ce n'était là qu'un sim- » ple hasard. »

Entre les faits publiés par M. Andral, et ceux que j'ai observés, il existe une dissidence dont la cause n'est pas facile à apprécier.

La dothinentérie se transmet si fréquemment dans les campagnes, qu'on serait tenté d'admettre chez les paysans une certaine aptitude à la contracter.

Je ne pense pas que cette aptitude dépende des individus, de leur profession ou de la qualité de leurs alimens. Réunis souvent dans une seule chambre, logés dans des maisons peu spacieuses, dont les ouvertures sont ménagées comme si en les construisant on eût pensé à l'impôt des portes et fenêtres, tous le membres d'une même famille passent les nuits dans l'appartement du malade. Les rapports des paysans entre eux, sont donc fréquens, et les chances de contagion multipliées dès qu'ils ont un seul malade.

L'air de l'appartement peu renouvelé doit être plus imprégné du poison, quel qu'il soit.

Il est certain que les individus qui travaillent au dehors pendant la journée contractent moins vite que ceux qui font l'office de gardes-malades.

Si les conditions d'infection communes dans les campagnes facilitent la propagation de la dothinentérie, en général, elles sont rarement suffisantes pour son développement spontané.

D'ailleurs la contagion s'opère souvent en l'absence de ces mêmes conditions. Exemples: M. la Guérinière, madame Perret, Refour, les élèves de La Flèche, etc., etc. En ville, les garde-malades sont souvent suppléées par des domestiques, les élèves en médecine se relèvent près de leurs condisciples, et les soins qu'ils donnent dans les hôpitaux se bornent à quelques heures par jour.

Dans les campagnes au contraire une garde-malade ne quitte pas son malade, elle reste constamment plongée dans une atmosphère d'autant plus dangereuse qu'elle est peu renouvelée.

Les chances de contagion sont donc réellement moindres en ville et dans les hôpitaux que dans les familles nombreuses de nos petites localités. Cependant la propagation de la dothinentérie n'est pas aussi rare à Paris qu'on serait tenté de le croire.

Lorsque les hôpitaux possèdent dans une même salle un certain nombre de dothinentériques, alors la contagion est plus à craindre et des élèves en sont atteints dans leur service.

Je pourrais citer plusieurs de mes condisciples qui en 1814, ont contracté le typhus dans les hôpitaux de Paris. Aux mois de mai et de juin de cette même année, je fus pris de la dothinentérie, après avoir traversé plusieurs fois des salles de fiévreux pour me rendre près des blessés que je soignais dans le service de M. Dupuytren; plusieurs médecins furent malades, dans différens hôpitaux, notamment le docteur Rostan, aujourd'hui professeur de clinique médicale. Dans la description que ce même professeur donne de la dothinentérie, il convient qu'elle offre les caractères de la fièvre adynamique et du typhus, et il admet sa transmission par contagion.

M. Bretonneau cite plusieurs observations d'élèves en médecine qui ont pris la fièvre typhoïde dans les hôpitaux de Paris, de Tours et de Rouen.

Je ne crois pas qu'il soit nécessaire de rappeler les faits que j'ai exposés pour établir que des individus de tout âge, de tout sexe, de professions différentes, de conditions inégales, de pauvreté ou d'aisance, ont été également frappés par la contagion.

Celle-ci s'est opérée avec la même facilité dans les diverses saisons.

Des enfans, des adultes, des nourrices, des femmes enceintes et même des vieillards ont été pris après un contact plus ou moins répété.

En général, les adultes et les enfans ont été très-aptes à la contagion, d'autant plus imminente que les communications ont été plus intimes.

Toutefois il n'est pas d'épidémie qui frappe tous les individus placés dans son foyer, il n'est pas de contagion infaillible et qui atteigne sans exception tous ceux qui s'y exposent.

Les immunités ont été fréquentes dans nos épidémies de dothinentérie, quelques-unes ont été remarquables et méritent une mention particulière.

Au petit Gênes, en 1829, une femme, quatre enfans

sont successivement malades, le père seul est préservé et n'a jamais eu la dothinentérie.

Un tisserand âgé de 36 ans, nommé Marin Dufay, n'ayant jamais été malade, a couché impunément pendant 40 nuits avec sa femme prise de la maladie épidémique de Coëmont.

Anne Lemeunier, habitant un bourg voisin de la Drouanderie, y vint pendant la maladie de sa mère, et partagea pendant six nuits le lit de sa sœur qui avait encore des paroxismes fébriles et des sueurs assez abondantes.

Dans ce même hameau la femme Fortier, nourrice, prise de la dothinentérie a continué à allaiter sa fille qui se maintint bien portante.

Un fait semblable vient d'avoir lieu chez la femme Breton.

La dame Durand, du Fresne, continua jusqu'à sa mort à allaiter son enfant dont la santé ne parut pas dérangée.

Nous ne connaissons qu'un enfant à la mamelle qui ait présenté après la maladie de sa mère, les symptômes de la dothinentérie. Le peu de développement des glandes de Peyer et de Brunner à cet âge, serait-il une cause d'inaptitude? ou plutôt les symptômes de la maladie seraient-ils assez obscurs, pour la rendre douteuse ou méconnaissable chez les enfans au berceau? je serais tenté d'admettre cette dernière hypothèse.

Les aptitudes de sexes ne me paraissent nullement démontrées. Dans les grandes villes, dans les établissemens publics, dans les armées, naturellement les hommes fournissent un plus grand nombre de fiévreux. Dans les campagnes surtout, où les femmes se consacrent aux soins des malades, fréquemment elles font les frais de l'épidémie.

C'est ainsi qu'au hameau de la Brosse, sur onze dothinentériques on comptait neuf femmes.

J'ai cité les exemples les plus saillans de non contagion, je ne parle pas du grand nombre d'individus qui ont fait des visites passagères aux malades. En bonne logique, l'on ne doit pas chercher si telle personne aurait dû être atteinte, mais si telle personne atteinte a été préalablement exposée. L'immunité est un fait commun à toutes les maladies contagieuses; toutefois il ne faut pas compter sur la durée d'un tel privilége accordé parfois au courage et à l'imprudence.

Deux dames passaient alternativement les nuits auprès d'une jeune malade atteinte de la dothinentérie pendant les grandes chaleurs de l'année 1825. Toutes deux reposèrent sur un lit de sangles qui le jour était occupé par la malade; cette imprudence n'eut pour elles aucune suite fâcheuse; la dothinentérie était cependant des plus graves, la malade succomba au 31e jour.

Quinze mois après, ces deux dames furent prises d'une fièvre typhoïde contractée près d'un parent qu'elles avaient soigné sans faire d'imprudence.

Mademoiselles Gasselin qui fut atteinte de la fièvre typhoïde après quelques visites à sa mère malade, avait couché l'année précédente quatre nuits de suite avec sa sœur convalescente de la même maladie.

Ainsi des individus s'exposent impunément à la contagion, sans qu'on puisse expliquer pourquoi, préservés à telle époque, ils succombent à telle autre.

Ces immunités singulières se retrouvent dans toutes les maladies contagieuses.

Le vaccin d'un même bouton communique la vaccine à tel enfant et non à tel autre, les circonstances de l'inoculation étant d'ailleurs égales.

Au mois de mai de l'année 1810, trois individus furent successivement attaqués par un loup furieux sorti de la forêt de Bercé.

Le premier était un jeune homme qui fut mordu au bras.

Le deuxième nommé Bobé, tourneur, à Marigné, lutta avec l'animal, et eut la joue déchirée.

Une femme âgée de trente ans fut ensuite mordue au pouce et au sein.

Aucune des plaies ne fut cautérisée, les trois blessés furent soignés par un officier de santé de Mayet, possesseur contre la rage d'un remède auquel sa vieille expérience a donné une grande réputation, car il affirme avoir guéri par ce seul moyen un grand nombre d'individus et de bestiaux.

Ce remède, dont la formule se trouve dans un almanach manceau de 1764, est un mélange de poudres d'armoise, d'absinthe, de bétoine, de petite centaurée, de petite menthe, de millepertuis, de mélisse, de grand plantain, de polipode de chêne, de reine des prés, de rhue, de verveine et de menue sauge.

Malgré l'administration exacte du spécifique, Bobet présenta le seizième jour, les premiers symptômes de l'hydrophobie, et succomba le 17.

Les deux autres blessés soumis aux mêmes traitemens, furent long-temps en proie à la plus grande terreur; et cependant ils se sont complètement rétablis, ce qui démontre que le virus rabique de même que le virus vaccin, n'est pas infaillible.

Je pourrais citer des personnes qui à l'armée ont couché impunément avec des galeux. Dernièrement encore j'ai vu une femme de chambre atteinte d'une gale contractée, et qui donnait depuis huit jours des soins continuels à plusieurs enfans. Aucun ne souffrit de ce fâcheux contact.

Ne sait-on pas que la cohabitation avec des syphilitiques ne détermine pas infailliblement la syphilis; que des hommes courageux se sont impunément inoculé la peste, tandis que des soldats moins exposés la contractaient. Ainsi des maladies bien plus contagieuses que la dothinentérie ne se transmettent pas constamment, même sous les conditions les plus favorables à la contagion.

Exiger d'une maladie, pour lui reconnaître un caractère contagieux, que sa propagation soit continue et forme une chaîne dont les anneaux ne soient jamais rompus, c'est vouloir ce qui n'est pas, et nier sa transmissibilité parce qu'elle n'est pas infinie, c'est méconnaître ce qui est réel.

Il se pourrait que des circonstances frivoles, en apparence, si elles n'étaient pas négligées par les médecins, expliquassent l'immunité des uns et la transmission du mal chez les autres.

Nous avons parlé des quatre journaliers de la Drouanderie qui prenaient leurs repas dans la chambre d'une dothinentérique. Le nommé Levilain fut seul préservé. Plusieurs fois il m'a raconté que ses camarades échauffés par le travail négligeaient de reprendre leurs vêtemens, tandis que lui avait soin de se bien couvrir avant d'entrer chez la malade.

Je n'aurais pas fait mention de cette particularité, si je n'avais lu dans l'ouvrage de M. Moreau de Jonnés, que les Indous sont plus souvent attaqués que les Anglais par le choléra.

« On peut croire, dit-il (rapport au conseil supérieur » de santé pag. 29), que la nudité de leur corps les ex- » pose davantage à l'action immédiate du principe con- » tagieux. »

Dans les différentes épidémies que j'ai observées, l'immunité acquise par une première attaque de la dothinentérie a été remarquable, et c'est la seule sur laquelle on doive généralement compter.

1° Trois journaliers contractent la dothinentérie chez la veuve Rousseau, deux la communiquent à leur famille, le troisième nommé Chevalier ne la propage pas: il a été soigné par sa femme, qui avait eu cette maladie quelques années auparavant. (Fait constaté par un praticien instruit, M. Labbé, médecin à Saint-Christophe).

2° Le domestique de Contereau transmet la fièvre typhoïde à sa sœur, à la mère de ses maîtres: ces derniers l'approchent sans danger, ils l'ont eue quatre ans avant lui.

3° Au Petit-Gênes, Juniet fils infecte tous ceux qui lui donnent des soins, excepté son père et sa mère: tous deux ont eu précédemment la dothinentérie, le mari vingt ans, la femme deux ans avant l'épidémie dont ce même fils est le point de départ.

4° En 1829, la même maladie est importée dans une nouvelle famille du Petit-Gênes, et ne va pas au delà malgré les visites des habitans du hameau déjà frappés une fois.

5° A huit années de distance, deux épidémies affligent Coëmont, la deuxième respecte tous ceux que n'a pas respectés la première.

6° Mon frère, le docteur Edouard Gendron, de Château-Renaud, a observé cette même espèce d'inaptitude.

La dothinentérie avait été importée, en mars 1828, au hameau de la Garillonnière par une domestique venue de Château-Renaud.

De ce hameau elle transmigre avec la femme Richer dans la commune de Villeporcher; le ménage de la malade se composait de son mari et de six enfans. Deux de ces derniers moururent, tous furent malades, le mari seul resta sain et sauf: il avait déjà payé son tribut à la dothinentérie.

En thèse générale l'on doit donc admettre l'immunité acquise par une première attaque de la fièvre typhoïde. Cependant cette règle ne sera pas sans exception.

J'ai publié en 1829 deux observations de dothinentérie contractée pour la seconde fois par deux individus.

J'ai vu cette répétition chez madame Perret du Lude, Sa seconde fièvre fut-elle spontanée? C'est possible, du moins je n'ai pu acquérir la preuve qu'elle ait été contractée; mais ce qui ne laisse guère de doute sur une première attaque, vingt ans avant la seconde, c'est que cette première maladie grave se déclara à la suite des soins donnés à sa mère; qui elle même mourut à la suite d'une fièvre dite putride-maligne.

Si l'on compare ces trois observations aux nombreuses immunités qui dans les foyers d'épidémie portent sur les individus précédemment atteints, et dans quelques familles ne portent que sur eux seuls, l'on n'hésitera pas à les ranger parmi les exceptions à une règle générale.

La fièvre typhoïde se rapproche ainsi de la variole, de la rougeole, de la scarlatine et des différentes maladies contagieuses que l'on observe rarement deux fois sur un même sujet. Pour les uns et les autres, l'on peut poser en principe qu'une première attaque rend inapte à une seconde.

Je veux borner là mes observations sur les dothinentéries épidémiques considérées dans les petites localités. J'écris sous l'influence de ce que j'ai vu, mais je suis loin de croire que ma pratique particulière puisse décider toutes les questions qui se présentent.

Celui qui envisage les maladies sous le rapport de leurs caractères épidémiques ou contagieux, s'impose un genre d'étude indéfini, c'est un cercle qui semble s'étendre à mesure qu'on le parcourt.

J'ai vu peu de dothinentériques chez lesquels la maladie a paru spontanée. Des étrangers ou des hommes du pays, arrivant de voyage, ont été pris sans pouvoir donner sur leurs relations précédentes des renseignemens suffisans pour établir quelque chose de positif. En conscience j'ai dû ranger ces dothinentéries parmi celles dont la cause est inconnue, ne sachant si elles étaient spontanées ou contractées.

Je suis persuadé que le nombre des sporadiques et des endémiques diminuera en raison de la sévérité des recherches.

Les propositions suivantes découlent naturellement des faits exposés précédemment, et en sont le résumé.

1° La dothinentérie se transmet en raison successivement décroissante des rapports directs, immédiats, et médiats, et des rapports indirects, médiats, et immédiats.

2° Les épidémies de fièvres typhoïdes ont souvent pour origine l'importation de la maladie et lorsque l'importation n'est pas constatée, l'ordre si constant de propagation des premiers malades à leurs gardes, établit la vérité de ce principe: *l'épidémie est l'effet et non la cause de la contagion.*

3° La contagion agit en raison de la fréquence des communications et du nombre des malades, indépendamment de l'insalubrité des lieux, de la misère des habitans, du voisinage des habitations.

4° Partout où l'épidémie a reparu, il a été démontré que cette récrudescence ne pouvait être imputée à une insalubrité locale, qu'elle n'était point un effet épidémique, mais le résultat d'une nouvelle importation ou de communications suspectes.

5° Une dothinentérie isolée peut se transmettre même lorsque tout porte à croire qu'elle a été spontanée. Une dothinentérie contractée peut ne pas se propager et rester isolée : la bénigne se communique parfois plus grave et réciproquement.

6° Cette maladie a un temps déterminé, une période où elle est surtout contagieuse. Les convalescens peuvent la propager.

7° Les immunités ne prouvent rien contre la contagion, elles sont l'effet d'inaptitudes acquises ou inexplicables et passagères ; elles paraissent quelquefois dépendre des malades doués plus ou moins de la faculté de transmettre, et démontrent que la transmissibilité est d'inégale force dans les mêmes maladies et dans les maladies différentes, les unes sont plus, les autres sont moins contagieuses.

Isoler les malades et les convalescens, renouveler l'air des appartemens ; établir quand on le peut un nombre de garde-malades suffisant pour rompre le service de chacune par des intervalles de repos, inscrire dans chaque mairie les noms des individus atteints dans le cours d'une épidémie, et lorsqu'elle reparaît, choisir sur cette liste des garde-malades inaptes à contracter, ne point admettre les visiteurs inutiles, tels sont les moyens de diminuer les chances de la contagion.

Les effets des malades devront être lessivés, lavés, du moins aérés pendant un certain temps.

L'émigration des dothinentériques, a trop souvent multiplié les foyers d'infection. Les administrateurs éclairés, les médecins prudens, s'opposeront par leurs conseils à cette mesure, qui toutefois devra être approuvée s'il s'agit de transporter le malade à l'hôpital, véritable lazaret où généralement peu de personnes sont aptes à la contagion.

L'on ne peut pas se dissimuler qu'un prompt éloignement du lieu où la dothinentérie débute est pour les individus bien portans le plus certain des préservatifs.

GENDRON,
de Château-du-Loir.

N° D'OCTOBRE.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

—

NOUVEAU TRAITEMENT LOCAL DES BUBONS.

Les antiphlogistiques généraux et locaux sont d'ordinaire dirigés contre les bubons dans la période d'acuité ; des emplâtres fondans, des frictions résolutives avec l'onguent mercuriel, la pommade d'hydriodate de potasse, la teinture d'iode, etc., sont habituellement mis en usage contre les bubons indurés.

Souvent, malgré l'emploi méthodique de ces remèdes, un ou plusieurs foyers purulens se forment dans la tumeur, se font jour à l'extérieur et donnent lieu à des plaies sinueuses, à des décollemens de peau, etc... qui retiennent des mois entiers les malades dans les hôpitaux.

J'ai employé pendant long-temps, et sur un grand nombre de malades, tous les moyens proposés pour donner issue au pus, lorsque j'avais vainement tenté d'en prévenir la formation.

J'ai fait aux bubons, avec l'instrument tranchant, des ouvertures dans toutes les directions et de toutes les grandeurs. J'ai pratiqué ces ouvertures dès l'apparition du pus, et alors même qu'il n'était pas encore réuni en foyer, et j'ai attendu d'autres fois que la collection fût parfaitement formée, et que toutes les indurations du voisinage de l'abcès fussent détruites, comme on le dit, par la fonte permanente. J'ai souvent attendu que la peau fût très-amincie, ou même que la nature donnât elle-même issue au pus.

J'ai appliqué la potasse caustique sur les bubons à toutes les époques de leur durée. Je les ai ouverts avec le cautère actuel, et je me suis servi tour à tour de cautères en roseau, de deux, de trois, de quatre lignes de diamètre.

J'ai employé tous ces moyens comparativement sur des hommes placés dans les mêmes circonstances extérieures; je les ai plusieurs fois employés comparativement aussi sur des malades atteints de plusieurs bubons. Et, après des essais variés de mille manières, j'étais arrivé à ce résultat, que les petites ouvertures sont plus avantageuses, pour donner issue au pus, que les grandes incisions; que la potasse caustique vaut mieux que l'instrument tranchant ; que le cautère actuel est préférable à la potasse caustique et à l'instrument tranchant, et que les cautères en roseau, de quelques lignes de diamètre, doivent être préférés à tous les autres cautères.

Mais, malgré tous mes efforts, de nombreux malades présentaient souvent encore des plaies blafardes et à bords renversés, qui, fréquemment envahies par la pourriture d'hôpital, me donnaient les tristes occasions d'essayer les divers traitemens proposés contre cette fâcheuse complication, et d'acquérir, sur cette hideuse maladie, une expérience dont je consignerai les résultats dans un autre article.

J'avais quelquefois tenté d'appliquer des vésicatoires sur les bubons, à diverses époques de leur développement; le peu de succès de mes expériences m'avait fait abandonner peu à peu ce moyen, lorsque les observations insérées, par le Dr Malapert, dans les *Archives générales* de mars 1832, vinrent ranimer mes espérances.

Je me remis aussitôt à l'œuvre; j'appliquai d'abord le vésicatoire et les plumasseaux trempés dans la dissolution de vingt grains de deutochlorure de mercure par once d'eau distillée, ainsi que l'indique le Dr Malapert; mais bientôt je crus devoir modifier cette méthode, et je me suis arrêté, après de nombreux tâtonnemens, à celle que je vais dire, et qui m'a habituellement réussi dans les cas infiniment nombreux où je l'ai déjà employée.

J'applique sur le centre du bubon un vésicatoire de la grandeur d'une pièce d'un franc jusqu'à celle d'une

pièce de deux francs, suivant l'étendue de la tumeur.

Lorsque la phlyctène est bien formée, je l'enlève, et je place sur le derme mis à nu un plumasseau trempé dans une dissolution de vingt grains de deuto-chlorure de mercure dans une once d'eau distillée; deux heures après, la plaie est occupée par une escharre superficielle; je réapplique un nouveau plumasseau, dans les cas rares où l'escharre n'est pas parfaitement formée, et je recouvre ensuite toute la tumeur d'un large cataplasme émollient. L'escharre ne tarde pas à se détacher, la plaie du vésicatoire guérit en quelques jours, et le bubon guérit quelquefois entièrement avec elle; dans tous les cas, il prend une marche rétrograde et ne tarde pas à céder complètement à une deuxième ou troisième application.

Qu'un bubon soit récent, et constitué par une tumeur chaude, rénitente, douloureuse; que, plus ancien et développé chez un sujet à vitalité moins active, il forme une masse dure et indolore; ou bien enfin que, plus avancé dans sa marche, il ait été envahi par le travail pyogénique, et même ait déjà donné lieu à une collection purulente, le traitement que j'indique est parfaitement applicable et amène d'heureux résultats.

On m'objectera peut-être que, dans les bubons aigus et dans les bubons indolens, le moyen que je propose n'est pas indispensable, puisque les uns et les autres cèdent quelquefois aux antiphlogistiques, aux résolutifs, aux fondans, etc.

Mais ces agens, quoique souvent utiles, sont loin de réussir constamment; mais lorsque, comme la chose a malheureusement trop souvent lieu, les malades ne réclament des soins que quand déjà les bubons sont en pleine suppuration, ou lorsque, ce qui arrive souvent aussi malgré les antiphlogistiques et les résolutifs les mieux dirigés, le travail pyogénique s'est établi, il ne restait, bien évidemment jusqu'à présent, qu'une seule indication, celle de donner issue au pus.

Alors, quel que fût le procédé employé pour ouvrir l'abcès, il n'était plus possible de prévoir le terme de la maladie.

Eh bien! c'est contre les bubons en suppuration, lorsque l'ouverture de l'abcès et ses suites funestes étaient jusqu'à ce jour inévitables, que j'ai obtenu les succès les plus prompts, et c'est sur l'emploi de ma méthode, dans ces cas particuliers, que je vais m'arrêter quelques instans.

Le premier effet du vésicatoire et du plumasseau escharrotique est l'épaississement marqué de la peau qui recouvre le foyer. Trente-six ou quarante-huit heures après la formation de l'escharre, et dès que cette escharre commence à se détacher, il se fait une filtration de liquide séro-purulent à travers le derme aminci; cette filtration augmente à mesure que l'escharre tombe, et devient quelquefois très-abondante après sa chute complète.

Pendant ce temps, le bubon s'affaisse, et ses parois, dans lesquelles le vésicatoire a déterminé une vive inflammation adhésive, se recollent de la circonférence au centre.

Souvent le premier vésicatoire ne suffit pas pour laisser transsuder tout le pus, ou du moins tous les élémens les plus liquides du pus contenu dans l'abcès; le recollement ne s'opère que dans une certaine étendue, le foyer se trouve circonscrit dans des limites plus étroites; mais une nouvelle application est nécessaire pour compléter la guérison.

Quelquefois, soit que la peau se trouve considérablement amincie, soit que cette enveloppe ne présente pas la même densité et la même résistance chez tous les individus, l'escharre donne lieu à un pertuis capillaire, par lequel le bubon le vide lentement; mais l'inflammation des parois n'en suffit pas moins pour en déterminer l'adhésion, et la guérison a lieu avec la même rapidité.

Quelquefois, enfin, et ces cas sont fort rares, le vésicatoire et le plumasseau escharrotique, agissant sur une peau plus amincie encore, la détruisent dans toute son épaisseur, et font un emporte-pièce fort semblable à celui que produit la pierre à cautère.

Mais le recollement des parois de l'abcès a encore lieu, comme dans les cas précédens, et, après quelques jours, il ne reste plus qu'une plaie simple, que quelques pansemens bien dirigés feront aisément cicatriser.

Dans ce cas, qui est sans contredit le plus fâcheux, et qui se présente fort rarement dans ma clinique, les malades sont dans la condition de ceux sur lesquels on a employé la potasse caustique ou le cautère actuel, et moins exposés même que ceux-là aux décollemens de peau et aux trajets fistuleux, le vésicatoire agissant bien plus puissamment que ces autres moyens, pour déterminer l'adhésion des parois de l'abcès.

Il ne faut pas perdre de vue, du reste, que toutes les fois que la peau est plus ou moins amincie, on doit surveiller attentivement l'action du plumasseau escharrotique; ne le laisser qu'une heure s'il paraît agir rapidement, et éviter le plus possible la destruction complète du derme.

Enfin, lorsque les hommes se présentent dans mes salles avec des trajets fistuleux, plus ou moins sinueux et plus ou moins anciens, et que ces affections résistent aux injections irritantes avec les dissolutions de potasse caustique ou de nitrate d'argent, au lieu de me décider à ouvrir ces clapiers, à en détruire les parois par la pierre à cautère, ou à les traverser par des bandelettes à séton, comme on le fait d'ordinaire, j'ai encore recours au vésicatoire, tel que je le mets en usage dans les bubons, et je parviens presque toujours, par ce moyen, à faire recoller ces parois du trajet fistuleux, et à obtenir une guérison solide.

Je n'ai voulu parler ici que du traitement local des bubons, traitement applicable dans toutes les circonstances, quelle que soit l'opinion qu'on professe sur leur formation, sur la nature des causes qui les produisent, et sur leur valeur comme signes d'infection syphilitique.

REYNAUD,
Professeur à l'École de médecine de la marine de Toulon.

—

Crachement de sang simulant une hémoptysie, occasioné par la présence d'une sangsue derrière le voile du palais et guéri par l'extraction de ce ver aquatique que l'individu portait sans s'en douter.

Un berger de la commune de Trouillas (Pyrénées Orientales), était sujet, depuis 18 jours, à un crachement de sang dont il ignorait la cause. Fatigué de l'usage de quelques boissons pectorales que les hommes de l'art lui avaient inutilement prescrites, il alla consulter un médecin dans un village très-voisin de Perpignan. Ce dernier n'ayant pu obtenir aucun des signes commémoratifs et diagnostiques, à l'aide desquels on reconnaît le siége et l'espèce des hémorrhagies buccales, prit le parti d'explorer l'avant-bouche et le pharynx. Il aperçut à l'orifice de ce dernier organe, derrière le voile du palais, au côté gauche de la base de la luette, une sangsue de la longueur de deux pouces environ, et de la grosseur de huit lignes vers la région moyenne de son corps. Ce ver aquatique, fut extrait, après plusieurs tentatives, à l'aide du pouce et de l'index de la main gauche et des pinces à pansement.

L'individu qui est l'objet de cette observation, en perdant son sang, sentait diminuer ses forces. De quelles souffrances n'aurait-il pas été la proie si ce même ver se fut introduit dans son estomac!..... Et dès lors, combien auraient été inutiles les efforts que le praticien, même le plus expérimenté, aurait faits pour combattre les terribles accidens qui se seraient déclarés chez ce malheureux!

Ce fait, qui ne peut être révoqué en doute, doit rappeler à ceux qui se livrent à la pratique de la science médicale, que l'homme de l'art ne met pas toujours en vain son esprit à la torture pour découvrir le siége et la cause de la maladie qu'il a à combattre.

Une fois suffisamment gorgées, me dira-t-on, les sangsues se détachent spontanément, j'en conviens; mais ici il n'en a pas été de même: la sangsue dont il s'agit n'était jamais parvenue à ce degré de plénitude nécessaire à sa chute spontanée; mais ayant acquis un certain volume, elle gênait, chez ce berger, le mouvement de déglutition. Cet homme, cherchant par l'action du crachement à se débarrasser de ce corps étranger, dont il ignorait la nature, faisait exécuter au pharynx des mouvemens de constriction sur ce ver aquatique, qui, pressé, dégorgeait une partie du sang sucé, et continuait sans cesse la succion. Ces faits s'expliquent assez par les crachats sanguinolens que cet individu expulsait fréquemment.

BONAFOS (Julien), D. M., etc.
A. Sigean. (Aude.)

Névralgie dentaire. — Évulsion, replacement et consolidation de la dent douloureuse.

Marie Proch, de Servian (Hérault), âgée de 17 ans, domestique de M. Lucien Giret, est atteinte en 1833, pendant que je donne des soins à sa dame, d'une violente odontalgie, qui paraît à diverses reprises pendant huit jours. La douleur que ressent la malade est très-aiguë, lancinante, avec rougeur à la face; elle produit l'anorexie et l'insomnie. Ne pouvant résister plus long-temps à de cruelles douleurs, la patiente me prie instamment de lui arracher la dent qui lui cause tant de souffrance; ce que je refuse d'abord, la couronne de la deuxième partie molaire gauche de la mâchoire supérieure, siége du mal, me paraissant dans son état naturel. Cependant, connaissant la possibilité de délivrer la malade de ses douleurs tout en lui conservant la dent si les racines sont saines, j'en opère l'évulsion et les parties contenues dans la cavité alvéolaire étant en très-bon état, je replace la dent évulsée dans son alvéole; recommandant à la malade de s'abstenir d'alimens solides pendant quatre ou cinq jours.

Dix mois se sont écoulés depuis que cette observation a été recueillie; aucune douleur ne s'est fait sentir. Le pédicule vasculo-nerveux qui du fond de l'alvéole pénètre dans le canal dentaire ayant été rompu lors de l'arrachement, sans qu'il se manifestât aucun symptôme de périodontite, la cavité alvéolaire s'est resserrée sur la racine, la retient avec force, et lui rend sa solidité naturelle. La dent reste étrangère à l'organisme, mais elle fonctionne mécaniquement aussi bien que les autres (1).

CABANES. *D. M. à Servian.*

Emploi de l'ammoniaque dans l'apoplexie sanguine.

Dans les premières années de ma pratique médicale, j'eus le malheur de perdre plusieurs malades attaqués d'apoplexie; et pourtant j'avais la conviction intime d'avoir scrupuleusement suivi les préceptes de mes maîtres, Le hasard, en 1811, me procura le Mémoire de Sage sur l'alkali volatil fluor; et je lus avec surprise les effets de cette substance dans un cas d'apoplexie foudroyante. Depuis cette époque j'associe, d'une main plus hardie, l'ammoniaque aux autres moyens prescrits pour le traitement de l'apoplexie qui me paraît sanguine: et j'en obtiens quelquefois les résultats les plus avantageux; je dis dans l'apoplexie sanguine, car si le malade est faible, languissant, d'un tempérament lymphatique, l'ammoniaque ne m'a paru produire aucun avantage.

Parmi les observations que me fournissent mes notes, à dessein j'en choisis deux qui prouvent les heureux effets de l'ammoniaque dans l'apoplexie sanguine.

---

(1) J'ai à Paris deux dames dans ma clientelle à qui M. Perne a fait la même opération. J'ai examiné moi-même avec le plus grand soin les dents, ainsi replacées après avoir été arrachées, et je me suis assuré qu'elles n'étaient pas moins solides que toutes les autres.

(*Note du Rédacteur.*)

OBS. I. — *Congestion cérébrale.*

Antoinette Dupard, femme Délubé, tempérament sanguin, constitution robuste, âgée d'environ cinquante ans, blanchisseuse, demeurant au faubourg de Martelle de la ville d'Astaffort, mangeait habituellement beaucoup et se livrait à des travaux pénibles : elle éprouvait quelquefois des vertiges passagers, des céphalalgies et des éblouissemens. Le 21 juillet 1816, vers huit heures du matin, Antoinette, se trouvant occupée à étendre du linge, tombe sans connaissance.

Appelé près de la malade, je trouve les symptômes suivans : stupeur générale, balbutiement, yeux rouges et étincelans, regard fixe, face livide, front brûlant au toucher, veines jugulaires très-gonflées, respiration lente et difficile, pouls plein et dur, nausées. Je fais mettre Antoinette, en face d'une porte ouverte et la tête nue, dans un fauteuil où une personne placée derrière elle, la retient au moyen d'une serviette passée autour du corps et au dessous des aisselles.

Immédiatement après avoir ouvert la veine du bras, je lui donne comme je puis vingt-cinq gouttes d'amoniaque dans un demi-verre d'eau fraîche et je lui fais mettre les pieds dans l'eau chaude. La malade revient un peu à elle. Dès que j'ai tiré environ douze onces de sang, je ferme la veine et j'applique vingt sangsues aux malléoles internes : puis je donne encore vingt-cinq gouttes d'ammoniaque dans un demi-verre d'eau fraîche. Quand les sangsues tombent, je fais une deuxième saignée du bras, j'ordonne qu'on mette la malade qui a recouvré l'usage de ses sens dans son lit, de manière qu'elle soit à peu près sur son séant; et je prescris cinq gouttes d'ammoniaque dans un demi-verre d'eau fraîche toutes les heures. Vers deux heures de l'après-midi, nouvelle saignée du bras; deux lavemens adoucissans dans la soirée : nuit tranquille, quatre heures de sommeil.

Le 22. — Purgation légère et eau sucrée froide; un léger potage dans l'après-midi; un lavement adoucissant le soir : nuit bonne; cinq heures de sommeil.

Le 23. — Convalescence; cessation de la paralysie, mais léger trouble dans les idées pendant quelques jours.

OBS. II. — *Congestion et hémorrhagie du cerveau.*

Bernard Senton, forgeron, tempérament sanguin, constitution forte, adonné au vin, âgé d'environ quatre-vingt-six ans, demeurant à Astaffort, éprouvait depuis quelques jours des bourdonnemens d'oreille et un besoin invincible de dormir, quand le 13 janvier 1817, vers deux heures de l'après-midi, par un temps froid et sec, il tombe évanoui et rend par la bouche une écume sanguinolente.

Appelé de suite près du malade, je constate les symptômes suivans : face plombée, yeux fixes et larmoyans, regard hébété, coma, aphonie, légère distorsion à droite de la bouche, d'où s'écoulait de l'écume sanguinolente qui avait déjà sali tous les vêtemens; front brûlant au toucher, respiration lente et stertoreuse, pouls plein et rare, bras gauche agité de mouvemens convulsifs.

J'emploie exactement le même traitement que pour le malade précédent.

Je le fais transporter ensuite dans le lit, de manière à ce qu'il y soit à peu près sur son séant. Je pratique une seconde saignée; prescription de cinq gouttes d'ammoniaque dans un demi-verre d'eau toutes les heures. A l'entrée de la nuit le malade commence à parler d'une manière intelligible. Deux lavemens dans la soirée : nuit tranquille; insomnie.

Le 14. — Purgation légère, eau sucrée froide; le soir deux emplâtres-vésicatoires aux jambes et un lavement adoucissant. Nuit tranquille; trois heures de sommeil.

Le 15. — Léger potage, eau sucrée, un lavement : nuit bonne; quatre heures de sommeil.

Le 16. — Convalescence; mais le bras demeure paralysé quelques jours et engourdi environ trois mois.

GAVARRET, *D. M. à Astaffort.*

Observation de léthargie.

Une fille B....., de Thorigny, fut forcée par ses parens de se marier fort jeune et contre son gré. Elle épousa un homme qui usa envers elle de procédés barbares. Forcée de quitter son ménage afin d'éviter les mauvais traitemens de son mari, elle se vit dans la nécessité de travailler pour gagner sa vie. Dès-lors, elle manqua souvent du nécessaire : les chagrins l'ennui l'assiégèrent et la plongèrent dans un état de désespoir difficile à décrire. Elle devint rêveuse, taciturne et sujette à des mouvemens convulsifs qui tourmentaient horriblement son existence. Plus tard, des accès d'hystérie se déclarèrent avec la plus grande violence et elle demeura parfois deux et même trois jours, en ne donnant quelques signes de connaissance que dans des intervalles très-courts; l'œil était entr'ouvert, la face rouge, le cou gonflé, le ventre tendu et très-gros; la malade semblait toujours avaler, et tout à coup les bras se tordaient, des mouvemens convulsifs effrayans duraient de dix minutes à un quart d'heure; elle retombait alors dans un affaissement dont rien ne pouvait la retirer. Des saignées abondantes et multipliées produisirent un bon effet, et ce fut le moyen qui me présenta le plus d'avantage.

Ces accès revenaient tous les quinze jours, depuis deux ans, lorsqu'elle s'alita de nouveau. Elle était alors âgée de vingt-cinq ans. Sa maladie me parut fort grave, et le vingt-huitième jour, on vint m'annoncer qu'elle était morte pendant la nuit. J'en fus d'autant plus surpris que la veille le danger ne m'avait pas semblé si imminent... Afin de m'assurer de la vérité, je me rendis au domicile de cette fille, dans l'après midi, et je lui trouvai la face recouverte d'un drap que sa garde lui avait mis. La face était pâle, les lèvres décolorées; mais ses traits n'étaient pas trop altérés. Elle avait la bouche béante, les yeux fermés, les pupilles très-dilatées et nullement impressionnables à la lumière d'une bougie. Nul indice de circulation ni de respiration; chaleur du corps

peu sensible au toucher, mais la peau n'était ni glacée ni flasque comme celle d'un cadavre.

Je voulus revoir cette fille le lendemain matin avant qu'on l'ensevelît, et les expériences de la veille que je renouvelai ne produisirent aucun résultat..., rien qui pût annoncer de la sensibilité, seulement la peau ne s'était point refroidie : et je résolus de ne laisser enterrer cette femme qu'au moment où la putréfaction se serait emparée du cadavre. Je continuai de l'observer, et le cinquième jour la garde me rapporta qu'elle avait cru apercevoir un léger mouvement aux couvertures du lit. Deux heures plus tard, le bras se contracta, les mouvemens se prononcèrent, et je fus assuré que la mort n'avait été qu'apparente; enfin les yeux se rouvrirent, la connaissance revint et la malade se rétablit entièrement.

Voilà un fait bien extraordinaire, mais incontestable. La personne existe, elle n'a plus eu d'accès d'hystérie, et au moment où j'écris, elle est en service chez M. le curé de Thorigny.

A. COLLIN,
Docteur-médecin, à St-Pierre-Église près Cherbourg.

Vaccine développée chez des personnes inoculées.

Mon cher confrère.

On a beaucoup parlé, dans ces derniers temps, de secondes vaccinations bien constatées chez des personnes qui portaient des cicatrices reconnues pour être le résultat de bonne vaccine; mais jusqu'à présent, je n'ai pas entendu parler qu'on ait essayé de vacciner des personnes primitivement inoculées. Une tentative de ce genre que j'ai faite, m'a parfaitement réussi et je m'empresse de vous la communiquer.

Madame B*** est âgée de cinquante ans, elle a été vaccinée à l'âge de seize ans, elle porte à chaque bras trois cicatrices gaufrées, rayonnées du centre à sa circonférence, et qui sont évidemment dues à une bonne vaccine.

Au mois de juin dernier, Madame B***, plutôt par curiosité que par un sentiment de crainte, voulut être revaccinée. J'accédai à son désir, et au troisième jour parurent des boutons qui ont suivi la marche régulière de la vaccine vraie. Les croûtes ont tombé au dix-neuvième jour et ont laissé voir des cicatrices qui, comme les anciennes, offrent les caractères de la bonne vaccine.

M. B*** son mari a été inoculé il y a quarante ans; étonné de cette revaccination régulière, il me demanda si je pensais que l'inoculation eût plus de vertu préservative que la vaccine. Sur ma réponse tout à fait incertaine il désira être vacciné. Au huitième jour, je pris du vaccin sur l'un des boutons de Madame B*** sa femme, et je fis trois piqûres à chaque bras.

La vaccine s'est développée régulièrement, les croûtes se sont détachées au vingt-troisième jour, et ont laissé voir des cicatrices bien caractéristiques de la bonne vaccine.

M. B*** était-il du petit nombre de malades chez lesquels on a vu deux fois la variole se développer? Cette vaccination le préservera-t-elle de tout accident à venir? Je l'espère et ne regrette point de l'avoir vacciné; car malgré la confiance que l'immense majorité des médecins accorde à la vaccine, il faut enregistrer les faits qui peuvent faire douter de sa vertu préservatrice.

Voici à ce sujet ce que j'ai observé l'année dernière, salle Saint-Bernard, à l'époque où j'étais chargé de ce service. Un jeune homme de vingt-quatre ans fut reçu à l'Hôtel-Dieu, se plaignant d'une céphalalgie très-intense accompagnée d'une courbature générale et de fièvre. Il régnait à cette époque beaucoup de varioles; l'examen du malade nous fit reconnaître qu'il avait été vacciné; il portait sept cicatrices; mais il nous assura de plus qu'il avait eu la petite-vérole. En effet, il avait à la lèvre supérieure une marque qui prouvait la vérité de son assertion, et qui parut convaincre, comme moi, plusieurs personnes présentes à la visite. Trois jours après, ce jeune homme était couvert d'une éruption dont le caractère fut bientôt éclairci, et il mourut au douzième jour d'une variole confluente.

Si vous pensez que cette note puisse intéresser vos lecteurs, veuillez l'insérer dans votre estimable journal, et recevez l'assurance de mes sentimens d'estime et d'amitié.

B. HORTELOUP, *Médecin des hôpitaux.*

Névralgie faciale du côté gauche, d'abord continue, puis intermittente quotidienne. Emploi de la salicine. Guérison.

Mademoiselle Marguerite A...., de Suippes, âgée de vingt-un ans, assez fortement constituée, et ayant toujours été bien réglée, fut prise, il y a environ deux ans et demi, de douleurs vives occupant tout le côté droit du visage : ces douleurs arrivèrent rapidement au plus haut degré d'acuité et furent suivies d'une déviation considérable de la bouche et du nez, au point que la commissure droite des lèvres et l'aile du nez du même côté étaient de trois à quatre lignes plus élevées qu'à gauche. Il survint en même temps du gonflement et de la rougeur; les parties affectées étaient très-sensibles au toucher. Ces accidens persistèrent avec la même intensité durant trois semaines, et ne disparurent totalement qu'après quarante jours de durée.

Il y avait à peu près deux ans que mademoiselle M. A.... avait éprouvé ces phénomènes, lorsque, le 28 octobre 1833, elle ressentit, après un léger refroidissement, une douleur aiguë au côté gauche de la face et du front. Le mal alla en augmentant jusqu'au 2 novembre, jour où je fus appelé auprès de la malade.

Voici l'état dans lequel je la trouvai :

Une douleur très-vive, lancinante, augmentant par la pression, existait, d'une part, au niveau du trou sous-orbitaire gauche, s'irradiait sur tout le côté gauche du visage et occupait exactement la moitié correspondante du nez; de l'autre, la malade accusait une douleur un peu moins forte qui, partant du trou sourcilier gauche, semblait suivre la distribution du nerf orbito-frontal. Les parties souffrantes n'étaient le siége d'aucune tuméfaction, elles étaient un peu plus rouges qu'à l'état normal. Des contractions spasmodiques affectaient de temps en temps les muscles auxquels fournit le nerf maxillaire supérieur. La conjonctive du côté gauche était très-légèrement injectée, la sécrétion des larmes était augmentée de ce côté. Toutes les autres fonctions étaient intactes; il y avait absence complète de fièvre.

J'employai d'abord des cataplasmes laudanisés et des pédiluves sinapisés. Les douleurs diminuèrent faiblement sous l'influence de ces moyens, mais bientôt leur application ne fut plus suivie d'aucune amélioration, et le mal continua à se faire sentir d'une manière continuelle et toujours avec la même violence.

Le 4 novembre, je fis frictionner les parties malades avec le liniment ammoniacal : une éruption nombreuse de vésicules eut lieu et fit cesser brusquement la douleur et les convulsions. Le 5, les accidens revinrent à dix heures du matin et cessèrent à trois heures du soir. J'eus de nouveau recours au liniment volatil; mais cette fois sans succès, car la névralgie se manifesta le 6, comme la veille, par un accès qui commença à dix heures du matin et se termina à trois heures de relevée. Le 7 et le 8, l'accès reparut exactement à la même heure, avec cette différence qu'il fût plus intense et que sa durée fut un peu plus longue. Dans la matinée du 9, huit grains de salicine furent pris en pilules : l'accès parut à l'heure ordinaire, mais il ne dura que deux heures, la douleur fut moins grande, les mouvemens convulsifs furent peu apparens. Le soir et le lendemain matin, huit grains de salicine furent donnés; l'accès du 10 manqua complétement, la conjonctive gauche reprit sa couleur naturelle, la glande lacrymale produisit moins de larmes; la malade fut totalement guérie. Nous continuâmes cependant l'usage de la salicine les trois jours suivans, à la dose de quatre grains matin et soir, pour éviter toute récidive.

Mademoiselle M. A.... a constamment joui d'une bonne santé depuis cette dernière maladie.

SEURE, *Doct. M. P.*
A Suippes (Marne).

ANNALES

DE

LA MÉDECINE PHYSIOLOGIQUE.

AOUT 1834.

RAPPORT

Sur les consultations publiques données à l'ôHtel-de-Ville par les membres de la Société de médecine pratique commis à cet effet. — Depuis le 1er octobre 1833 jusqu'au 31 mars 1834. Par M. le docteur DUHAMEL. Publié avec quelques notes par M. le docteur. A. LEGRAND (1).

Messieurs,

J'aurais dû vous présenter au mois de janvier dernier un rapport sur les consultations qui ont eu lieu pendant le dernier trimestre de 1833, mais honoré de nouveau de vos suffrages, pour les fonctions de secrétaire rapporteur pour cette année, j'ai pensé qu'il serait préférable de réunir en un seul rapport, tous les faits offerts pendant un service de six mois, et vous présenter par conséquent un travail plus complet, et qui devra offrir plus d'intérêt.

Je regrette beaucoup que depuis long-temps nous n'ayons point entendu de semblables rapports, différant sous ce point vue avec plusieurs de nos honorables confrères, qui pensent qu'un semblable travail ne peut avoir aucune utilité, à cause du peu de malades qui sont soumis à notre observation, et de la chronicité de la plupart des maladies observées. Quoique ces deux objections soient fondées, j'essaierai cependant d'exciter votre attention, en mettant sous les yeux, les résultats obtenus avec des agens thérapeutiques encore peu usités; la présentation de ces faits, qui au besoin seraient attestés par un grand nombre de mes collègues, pourra offrir quelque intérêt et être de quelque utilité.

Afin d'être court, je ne vous entretiendrai pas de ces nombreuses indispositions, de ces maladies peu graves, que la nature seule guérit toujours, ou qui ne demandent que quelques soins diététiques.

Pendant la durée de l'automne, nous avons rencontré un petit nombre d'embarras gastriques et intestinaux, qui ont cédé facilement aux évacuans; puis un très-grand nombre de gastrites, gastro-entérites et colites aiguës, sub-aiguës et surtout chroniques. Les résultats du traitement ont été difficiles à constater, cependant quelques malades sont revenus nous confirmer que le traitement employé avait ou guéri, ou amélioré leur position. Les moyens conseillés avaient été pris parmi les antiphlogistiques; dans la plupart des cas de ce genre, nous avons surtout retiré de grands avantages d'un régime approprié.

Parmi plusieurs cas de métrites chroniques, nous citerons la maladie de la dame A.... arrivée après ses couches, et que nous n'avons pu guérir par les émissions sanguines, mais qui s'est amendée sous l'influence des frictions mercurielles à haute dose. La malade a consommé six onces d'onguent mercuriel, dont on a momentanément suspendu l'usage, chaque fois qu'on y a été forcé par la salivation qui survenait assez facilement.

Malgré la douceur de l'hiver, mais par suite de son humidité, les catarrhes pulmonaires, aigus et chroniques ont été fort communs. La phthysie pulmonaire, ce fléau de l'humanité, toujours un sujet de désespoir pour le médecin, n'a point été moins commune. Les affections organiques du cœur se sont aussi souvent montrées à notre observation, et nous avons acquis de nouvelles preuves des bons effets de la saignée, pour procurer au malades un soulagement momentané, et retarder les progrès du mal.

Nous avons rencontré, avec notre confrère M. Parent, un asthme qui *nous a paru* idiopathique. Vous savez, messieurs, que l'existence de cette maladie, qu'on croyait autrefois si commune, est aujourd'hui presque absolument niée par des auteurs recommandables, et par de très-bons praticiens. Je l'avoue, j'étais du nombre de ceux qui ne croyaient point à l'asthme idiopathique, car jusqu'ici j'ai toujours reconnu chez les asthmatiques une affection organique du cœur ou des gros vaisseaux renfermés dans la poitrine; nous avons à regretter de ne pas avoir revu notre homme à l'asthme idiopathique (1).

(1) Ce rapport constatant tout ce que j'ai dit des bons effets *des préparations d'*or dans le traitement de plusieurs maladies, j'ai dû attacher à sa publication une grande importance, et j'ai naturellement désiré, quoique j'y fusse entièrement étranger, y rattacher mon nom. M. le docteur Duhamel, en accédant à ce désir, m'a donné une nouvelle preuve de sa constante amitié.

(1) « Quand la cause des accès d'asthme, dit M. Broussais,

Parmi les individus atteints d'ophthalmies soit aiguës, soit chroniques, qui se sont présentés à la consultation, nous vous mentionnerons un cas fort remarquable offert par un enfant de 3 ans environ. La maladie fort aiguë, avait donné lieu en peu de temps à un abcès situé dans l'épaisseur de la cornée. Le danger était pressant; nous employâmes l'onguent mercuriel à haute dose, et en frictions sur les deux tempes : il en fut d'abord employé une once en 36 heures, et ensuite deux demi-onces en trois jours.

Il survint une légère salivation, mais l'ophthalmie qui avait résisté aux antiphlogistiques, *administrés à la vérité avec peu d'énergie*, céda comme par enchantement à ce moyen (1). En moins de 5 jours la résorption de la matière épanchée, fut complète, et 5 nouveaux jours écoulés, il ne restait plus de trace de cette grave inflammation.

Nous avons rencontré un grand nombre d'affections rhumatismales plus ou moins aiguës; elles ont été en général influencées favorablement par la saignée et les sudorifiques, ainsi que par les poudres de Dower. Dans un cas assez rebelle de rhumatisme à l'état sub-aigu, nous avons constaté les bons effets de vésicatoires volans promenés sur les parties malades.

Nous n'oublierons pas de vous signaler un cas fort remarquable de pustules, survenues pendant un traitement anti-syphilitique fort excitant. Ces pustules fort enflammées, n'offraient point le cachet de la maladie existante, et nous les attribuâmes au traitement. D'après ce jugement, le malade mis à un régime doux, fut saigné, et prit ensuite un purgatif. Ce traitement fut couronné d'un plein succès.

Plusieurs malades atteints de la gale se sont adressés à nous; nous les avons touts guéris à l'aide de frictions faites matin et soir avec l'onguent citrin.

Je terminerai ce rapport, messieurs, par l'historique plus détaillé de quelques cas de syphilis constitutionnelle, et de scrophules qui se sont offerts à notre observation, et par l'exposé des résultats que nous avons obtenus dans le traitement de ces maladies de l'emploi des moyens thérapeutiques encore trop peu usité à Paris (1).

Observation première. — Madame L***, rue des Lavandiers, n° 7, nous fut adressée le 20 décembre dernier, par notre confrère M. le docteur Moncourrier. Cette femme, âgée de trente ans environ, d'une constitution détériorée, avait tout le bord libre du voile du palais ulcéré avec destruction complète de la luette.

Plusieurs traitemens mercuriels avaient échoué, ainsi que la cautérisation des parties ulcérées. Nous mîmes de suite la malade à l'usage de l'oxide d'or, précipité par l'étain à la dose de 1/6e de grain chaque matin, administré sous la forme pillulaire en l'associant à l'extrait de fumeterre. Nous prescrivîmes en outre des gargarismes fréquens avec la décoction d'orge miellée, un régime doux, et un bain tous les dix à douze jours. La malade ne fut astreinte du reste à l'usage d'aucune tisane. Le 10 janvier nous pûmes déjà constater une amélioration notable dans l'état des ulcérations. Nous fîmes continuer l'oxide d'or à 1/5e de grain; le 27 janvier suivant il fut porté à 1/4 de grain. Le 16 février, les ulcérations étaient complètement cicatrisées, continuation du même médicament à 1/3e de grain. Le 21 mars suivant nous revîmes la malade, qui, à la suite de quelques excès de vins, de liqueurs et de danse, avait été prise d'un léger mal de gorge, bien distinct du premier; il existait bien une coloration rouge, inflammatoire du voile du palais, mais elle y était également répandue, et il n'existait nulle part aucune ulcération. Cependant la première maladie avait été fort grave; le traitement n'avait duré que 3 mois, nous jugeâmes, M. le docteur Florence et moi, qu'il était convenable de faire suivre encore pendant 2 mois le traitement qui avait si bien réussi, et nous nous y déterminâmes d'autant mieux que la malade elle-même nous en pria : elle allait faire, disait-elle, un voyage qui l'éloignerait de nous, et elle désirait par surcroît de précaution, suivre encore son traitement, qu'elle trouvait si facile.

Observation deuxième — Un enfant de deux mois, nous fut présenté par madame B***, rue de la Vannerie, n° 42. Il avait les cuisses, le scrotum et le pourtour de l'anus couverts de pustules que M. Moncourrier et moi jugeâmes de nature syphilitique. Nous prescrivîmes à la mère 3 grains d'oxide d'or obtenu par l'étain, incorporé dans un demi-gros d'extrait de fumeterre et divisé en 18 pilules, à prendre une tous les matins à jeun.

---

n'est pas une affection primitive du cœur, ce peut être l'irritation des bronches qui s'oppose à leur ampliation et accumule le sang dans les vaisseaux pulmonaires. L'on a aussi de fortes raisons pour croire que cette cause n'est autre chose que l'irritation de l'estomac : on en juge par les étouffemens qui naissent si fréquemment chez certains sujets par l'exaspération accidentelle d'une gastrite. Quoi qu'il en soit, en admettant la réalité de ces deux causes locales, il resterait encore à décider si les irritations de l'estomac et des bronches n'agissent pas plutôt en influençant le cœur et le mettant par sympathie dans l'état spasmodique, où il se trouve idiopathiquement dans les attaques d'asthme primitif, qu'en agissant comme on le croit vulgairement en médecine, sur le diaphragme et sur les muscles inspirateurs. » En outre des affections asthmatiques, produites par la lésion des centres circulatoires et celles que peuvent déterminer les irritations bronchiques ou quelques cas de gastrite, M. Broussais est tenté d'admettre au nombre des causes de cette maladie, certaines affections du cerveau et de la moelle cervicale. L. L.

(1) Nous avons lieu de présumer que c'est parce que les antiphlogistiques furent employés avec trop peu d'énergie, qu'ils restèrent sans succès.

(*Note du Rédacteur* L. L.)

(1) C'est une chose bien digne de remarque que malgré la publication de mon ouvrage faite en 1828, et la seconde édition que j'en ai donnée en 1832, en la faisant précéder du rapport favorable fait à son sujet par M. le professeur Magendie à l'Académie des sciences, l'emploi des *préparations d'or* soit à Paris encore si restreint! Est-ce insouciance, paresse, prévention? Quoi qu'il en soit nous espérons que ce rapport fera changer la disposition des esprits?

L'enfant mourut dix jours après. Nous conseillâmes alors au père et à la mère de suivre un traitement semblable *et d'une durée de 3 mois*, quoiqu'ils n'eussent actuellement aucun symptôme syphilitique. Ils ont suivi notre conseil, mais pour en connaître le résultat, il faudrait qu'ils eussent de nouveau un enfant.

Observation troisième.—Après ce dernier fait, nous allons en rapporter un semblable, mais plus heureux. Le 21 février, madame L***, de Bercy, nous apporta son enfant, âgé de 2 à 3 mois, qu'elle allaitait; il avait également aux cuisses et au scrotum des pustules sèches pour la plupart, mais dont quelques-unes étaient ulcérées. Nous mîmes la mère à l'usage des pilules d'oxide d'or (par l'étain) à la dose d'un 6e de grain par jour. Le 7 mars, nous augmentâmes la dose qui fut portée à un 5e de grain, et le 21 suivant à 1/4 de grain par jour. Déjà à cette époque les pustules étaient cicatrisées, et peu de temps après, on ne retrouvait plus que les cicatrices de celles qui avaient été ulcérées. Dans le même but que précédemment, et qui sera facilement compris, nous fîmes faire au père de cet enfant un traitement semblable, et de la même durée que celui de la femme.

Observation quatrième.—Madame M*** se présenta à la consultation le 31 janvier, elle avait une angine tonsillaire dont la nature nous parut douteuse. Cependant nous prescrivîmes une saignée, des pédiluves sinapisés, de l'eau d'orge miellée, et des gargarismes de lait. Mais le 7 février, la malade revenue à la consultation, portait au voile du palais des ulcérations et des pustules syphilitiques sur le corps. La femme M*** fut soumise de suite à un traitement par l'oxide d'or par l'étain. Le 21 du même mois, quoiqu'elle n'eût encore pris que 14/8e de grain d'oxide, il y avait dans son état une amélioration marquée. La dose fut portée à 1/7e de grain par jour, mais nous n'avons pas revu cette malade.

Observation cinquième.—M. B***, rue Saint-Jacques, n° 126, est venu nous consulter le 26 janvier; il avait au côté gauche de la langue, prise de sa base, une large ulcération dont la nature ne pouvait être méconnue. Nous lui prescrivîmes l'oxide d'or à 1/6e de grain par jour. Dès le 7 février suivant, nous pûmes constater une amélioration marquée. Nous fîmes continuer l'oxide à 1/4 de grain, et il fut porté le 21 février à 1/3 de grain par jour; alors la large ulcération qui existait au fond de la bouche, était presque entièrement cicatrisée.

Depuis nous n'avons pas revu ce malade, ce qui nous fait présumer que l'ulcération s'est entièrement cicatrisée. Nous avons à regretter qu'il n'ait point assez prolongé son traitement, qui a bien pu suffire pour déterminer la guérison de l'ulcère existant, mais peut-être pas pour détruire le virus syphilitique, qui était la cause de cette ulcération.

Ce ne sont pas là les seuls malades atteints d'affections syphilitiques qui se soient présentés à la consultation de l'Hôtel-de-Ville, et qui aient été soumis à l'usage de l'oxide d'or par l'étain; mais nous ne saurions vous rendre compte des résultats obtenus, puisque nous n'avons pas revu ces malades.

Observation sixième. — Nous terminerons cette première série d'observations, par l'historique d'un ozène syphilitique fort grave, que nous avons observé chez le nommé Y***, qui s'est présenté à la consultation le 7 mars. Nous avons commencé le traitement par l'oxide à 1/6e de grain. Le 21, le malade était déjà un peu mieux, il nous dit qu'il mouchait moins de pus, et qu'il souffrait moins; quant à nous, nous reconnûmes que l'odeur qu'il exhalait était déjà moins fétide. Nous mîmes le malade à 1/5e de grain d'oxide par jour, et nous lui conseillâmes en outre, afin de bien déterger les fosses nasales, l'inspiration souvent répétée d'eau de laitue et de têtes de pavots. J'ai revu le 1er avril ce malade, qui est venu me trouver chez moi, pour me montrer des portions d'os nécrosés qu'il avait rendus en se mouchant. Depuis lors, je l'ai encore revu plusieurs fois, et la première amélioration obtenue a été chaque jour plus marquée, et à la fin de ce même mois d'avril, le pus qu'il mouchait encore était de bonne qualité; le malade répandait peu d'odeur autour de lui, et il avait en partie retrouvé son odorat, qui était devenu insensible aux odeurs les plus fortes.

Ces cas de guérisons obtenus par l'oxide d'or par l'étain, sont sans doute peu nombreux, mais ils suffisent déjà pour vous prouver que cet agent thérapeutique a une action bien marquée. Ainsi, la première observation est d'une grande importance; elle nous offre en effet une ulcération qui a envahi tout le bord libre du voile du palais, qui avait détruit complétement la luette, sans que le traitement mercuriel à l'intérieur, les gargarismes de même nature et la cautérisation plusieurs fois répétée, aient réussi à arrêter les progrès du mal, tandis qu'un traitement par l'oxide d'or précipité par l'étain, a été assez puissant pour déterminer en moins de deux mois, la guérison complète d'une ulcération aussi étendue et aussi grave. La malade n'en continua pas moins son traitement pendant deux mois et demi, jusqu'au 1er mars, et le 21 du même mois elle vint nous consulter avec une inflammation simple de la gorge survenue à la suite de quelques excès. Cette dernière inflammation, qui est venue se développer sur des parties primitivement ulcérées et qui n'a pas déterminé de nouvelles ulcérations, ne peut-elle pas être invoquée comme une preuve de la solidité de la cure obtenue; on sait en effet avec quelle facilité renaissent les accidens de ce genre pour peu que leur réapparition soit favorisée par le développement d'une nouvelle inflammation. Nous vous rappellerons aussi l'histoire de l'enfant de Mme L*** de Bercy (observation 3), qui offrait des pustules si bien caractérisées, que la plus simple inspection permettait de prononcer sur leur nature. Le fait de leur guérison, qui a été aussi facile à constater, est ce nous semble, bien probant. Nous en dirons autant des observations quatre et cinq recueillies chez Mme M*** et M. B***.

Ce n'est du reste pas, messieurs, sans une vive satisfaction que nous avons saisi l'occasion de vous présenter quelques cas de guérison ou d'amélioration très-marquées de maladies vénériennes, obtenues au moyen de l'oxide d'or précipité par l'étain. Vous vous rappelez, messieurs, que déjà, dans le mémoire que je vous ai présenté pour

obtenir l'honneur d'être admis parmi vous, je vous avais présenté quelques faits semblables, mais puisés entièrement dans ma pratique (1). Tandis que ces nouveaux faits constatés par plusieurs d'entre nous, me paraissent être de nature à fixer bien plus votre attention sur un médicament encore peu employé à Paris, malgré les constans efforts de M. le docteur A. Legrand et les miens pour propager son usage, tandis que dans le midi de la France, sous le puissant patronage de son illustre inventeur, M. le docteur Chrestien de Montpellier, il est devenu d'un emploi général.

Vous me demanderez sans doute, messieurs, pourquoi j'emploie contre la syphilis une méthode curative, que beaucoup de praticiens considèrent comme incertaine, de préférence à une autre qui a la sanction des siècles ? Permettez-moi de vous déduire mes motifs.

1° *La sûreté de la guérison.* — Déjà un grand nombre d'observations recueillies dans des contrées diverses, empruntées à différens auteurs, et toutes insérées dans l'important ouvrage (2), publié en 1828 par mon ami M. le docteur A. Legrand, avaient prouvé de reste que les préparations d'or administrées avec discernement guérissent la syphilis. Non-seulement, ces préparations guérissent cette maladie, mais elles le font avec plus de certitude que les préparations mercurielles, puisque certains cas de ces maladies qui avaient résisté aux dernières, ont cédé à l'usage bien entendu des premières. J'ai devers moi plusieurs faits qui prouvent ce que j'avance, et l'observation de Mme ***, que j'ai citée dans ce rapport (observ. 1), en est une nouvelle preuve; puisqu'elle avait employé sans succès diverses préparations mercurielles, et qu'elle a été guérie par l'oxide d'or par l'étain. Je sais qu'on objecte dans ces cas qu'il faut attribuer la guérison non pas à l'or, mais au mercure dont la malade était saturée, et qu'il n'a fallu qu'en suspendre l'usage pour permettre qu'il produise son effet curatif. Cette objection tombe d'elle-même, si l'on prouve qu'on a guéri par l'or ou ses préparations des syphilis qui n'avaient subi aucun traitement mercuriel; c'est ce qui a déjà été démontré péremptoirement par M. A. Legrand, par moi, et c'est ce que je démontrerai de nouveau par la publications d'observations ultérieures;

2° *La facilité d'administration.* — Sur ce point, on ne peut établir aucun terme de comparaison; le traitement aurifère, en effet, est suivi avec la plus grande facilité, puisqu'il suffit d'une ou deux pilules par jour, sans recourir à des boissons adjuvantes, si nécessaires dans le traitement mercuriel. Cette circonstance est des plus importantes, puisqu'elle permet aux malades de cacher les traces de leur inconduite. En outre, l'usage de plusieurs préparations mercurielles entraîne avec elles une malpropreté repoussante, qui vous contraint à n'y avoir recours que dans quelques cas exceptionnels;

3° *L'innocuité du moyen.* — Quel avantage immense ne trouvons-nous pas dans un médicament qui ne présente aucun inconvénient, tandis que celui auquel nous voulons le substituer en offre d'immenses. C'est bien ici le cas de faire l'application de cet adage fondamental en médecine, *non nocere.*

Quelle que soit en effet la préparation d'or à laquelle on ait recours, mais si surtout on s'adresse aux *oxides* (1), auxquels nous donnons toujours la préférence, on ne tarde point à voir les malades accuser une augmentation sensible de l'appétit, et bientôt après on leur voit prendre de l'embonpoint : tandis que le plus souvent les préparations mercurielles fatiguent l'estomac, l'irritent, l'enflamment même. Mais, à mon avis, le plus grave de tous les inconvéniens du mercure, c'est la salivation qu'il cause si souvent; c'est à mon sens un accident toujours fâcheux, qui, pendant quinze à vingt jours, fatigue le malade, occasionne souvent la perte des dents, fait du malade, par la mauvaise odeur qu'il exhale, un objet de dégoût pour lui-même et pour les personnes qui l'entourent. Quel est le médecin, qui, ayant été témoin de semblables accidens, ne voudrait trouver le moyen de les éviter ? L'or n'offre pas les mêmes dangers (2) Ce dernier médicament peut être employé en hiver tout aussi bien qu'en été, sans qu'on ait à en redouter aucun fâcheux effet; il en faut toutefois augmenter un peu les doses. Il n'en est pas de même du mercure, qu'on ne peut administrer dans de semblables circonstances qu'avec les plus grandes précautions; c'est-à-dire, en consignant le malade dans un appartement chaud et sec. Un régime sévère est imposé aux malades soumis à un traitement mercuriel, tandis qu'il n'y a rien à changer au régime de l'homme sobre, pendant qu'il fait usage des préparations aurifères.

---

(1) M. le docteur Buhamel a publié ce mémoire plein des faits on ne saurait plus concluans dans le *Bulletin des travaux de la Société médico pratique de Paris.* Année 1832.

(2) DE L'OR, de son emploi dans le traitement de la syphilis récente et invétérée, et dans celui des dartres syphilitiques.

DU MERCURE, de son inefficacité et des dangers de l'administrer dans le traitement des mêmes maladies, *avec une appréciation du traitement antiphlogistique.*

DEUXIÈME ÉDITION, précédée du rapport fait à l'Académie royale des sciences par M. le professeur *Magendie.*

Un vol. in-8° —Prix : 5 fr. et 6 fr. 50 c. par la poste.—Chez Baillère, libraire, rue de l'École-de-Médecine, n° 13 bis.

(1) Ces oxides sont au nombre de deux : *l'oxide d'or par la potasse* et *l'oxide d'or par l'étain.* Malgré tout ce qui a déjà été écrit sur l'or, on peut dire que ces deux oxides sont absolument inconnus à Paris, où l'on ne connaît que l'hydrochlorate d'or, et dont on met toujours en avant les inconvéniens, sans savoir que M. Chrestien et moi n'en avons jamais exclusivement préconisé l'usage.

(2) Cependant il est de la vérité de dire que l'OR détermine quelquefois de la salivation, mais ce mouvement critique ne saurait être comparé à celui que produit le *mercure.* M. Chrestien, qui le premier a signalé cet effet de l'OR; M. Niel et moi, nous nous sommes attachés dans nos ouvrages sur cette matière, à tracer le parallèle des salivations produites par l'OR et le *mercure,* et à en bien établir les différences, qui sont telles, que ces deux effets, quoique analogues, ne sauraient être comparés, selon qu'ils sont produits par le premier ou le second de ces métaux.

Les bornes de ce rapport, messieurs, ne me permettent pas de m'étendre davantage sur ce sujet, mais j'y reviendrai en vous communiquant des faits de guérisons obtenues par l'or dans des cas de dartres syphilitiques et non syphilitiques, et de scrophules (1); et, dès à présent, j'achèverai ma tâche en vous entretenant de l'amélioration considérable que j'ai obtenue chez un enfant atteint de cette dernière maladie.

Observation septième. — Cet enfant, âgé actuellement de trois ans, nous fut amené le 3 janvier par la femme ***, sa mère, qui demeure rue des Trois Canettes, n° 3, dans la Cité. A l'âge d'un an à peu près, ce petit malade fut pris d'un engorgement inflammatoire du pied, qui persista long-temps et se termina par un abcès, que M. Dupuytren ouvrit. Ce premier mal, qui dura un an, ne guérit qu'au mois de février ou mars 1833, époque à laquelle l'articulation huméro-cubitale devint à son tour affectée. Lorsque nous vîmes le malade dix à onze mois après l'invasion de cette dernière maladie, l'articulation nous présenta le volume de celle de sa mère; on trouve à la partie postérieure deux trajets fistuleux, dont l'ouverture s'était faite spontanément au mois de décembre dernier, et qui suppuraient un peu; l'ankilose était presque complète: du reste, il n'y avait pas de fièvre et l'appétit était assez bon. Nous mîmes de suite ce jeune enfant à l'usage de l'oxide d'or par l'étain, à la dose de 1/12e de grain, incorporé dans une pastille de chocolat et pris tous les matins à jeun. Le 28 février, nous avions déjà obtenu une amélioration considérable dans le volume de l'articulation malade; les deux trajets fistuleux suppuraient à peine; quant aux mouvemens, ils étaient toujours aussi bornés: nous fîmes continuer le traitement. Le 21 mars, j'ai revu cet enfant conjointement avec M. Florence, et cet estimable confrère a pu constater la guérison complète des trajets fistuleux et le retour de l'articulation à son volume presque normal. Jusqu'alors, l'ankilose existait toujours et au même degré; mais depuis, le traitement a été continué avec un succès qu'on peut qualifier de merveilleux, puisque j'ai déjà obtenu de l'articulation malade des mouvemens beaucoup plus étendus, et tout fait présumer que l'articulation reprendra toute sa mobilité. J'ai l'honneur de vous présenter cet enfant. Quand la cure sera complète, je vous présenterai de nouveau ce jeune malade, dont le fâcheux état, au commencement du traitement, a été constaté par MM. les docteurs Florence, Parent et Robert.

Je ne crois pas qu'on puisse attribuer cette cure, ni aux révolutions qui s'opèrent aux premières époques de la vie, ni à un changement d'habitation ou de régime, puisque le jeune T*** n'est point arrivé à une de ces époques critiques, et qu'il n'a pas quitté le quartier malsain qu'il habite, pas plus que ses parens qui sont peu aisés; ainsi, je ne pense pas qu'on puisse douter dans ce cas de l'action médicatrice de l'oxide d'or employé. Plusieurs autres observations, recueillies depuis quelques années dans ma pratique, m'ont habitué à des succès de ce genre, aussi ne m'étonnent-ils plus.

Je m'estimerai fort heureux, messieurs, si ce rapport a pu faire passer dans vos esprits un peu de ma conviction sur l'efficacité des préparations d'or, et s'il peut vous engager à essayer *sans prévention et avec le désir du succès*, un agent thérapeutique dont j'ai retiré les plus grands avantages.

Ce rapport était terminé, lorsque le sujet de la première observation, Mme L***, m'a été adressée de nouveau, il y a deux jours, par notre honorable confrère M. Moncourrier. Cette malade a été de nouveau prise de mal de gorge avec ulcération de nature syphilitique, située profondément dans le pharynx, derrière et au-dessous du voile du palais détruit en grande partie. Celui-ci, le siége d'ulcérations si bien cicatrisées par l'usage de l'oxide d'or, n'a subi aucune nouvelle altération. Mais cette malade, qui paraissait si bien disposée à continuer un traitement qu'elle trouvait facile, n'a pas tenu compte de nos avis, et il y a seulement dix-huit à vingt jours qu'elle a recommencé ce même traitement qu'elle n'aurait pas dû discontinuer. Comme nous l'avons dit précédemment, le traitement employé a bien suffi pour déterminer la cicatrisation des ulcères existans, mais pas pour détruire complètement le virus syphilitique qui en était la cause. Je me propose du reste de vous tenir au courant du résultat de ce second traitement.

Paris, ce 5 juin 1834.

DUHAMEL, D.-M. P.,
secrétaire-rapporteur des consultations.

Consultation de M. le professeur BROUSSAIS, *et de* M. le docteur L. LABAT, *au sujet d'une hydropisie ascite.*

M. H***, fabricant de voitures, domicilié à Paris, d'une constitution sèche, irritable, et d'une santé délicate, reçut, à l'époque de la révolution de juillet, sur la tête un violent coup, qui à l'instant même le fit tomber en syncope. Peu d'instans avant cet accident, M. H*** était sorti de table, où il avait, conjointement avec ses amis, bu et mangé un peu plus que d'habitude, ce qui, par conséquent, donna lieu à des vomissemens alimentaires et bilieux, qui le soulagèrent de l'état de malaise qu'il éprouva aussitôt après qu'il eût repris ses sens. Néanmoins, le lendemain, le malade ressentit des douleurs à l'hypocondre gauche, ainsi que les signes précurseurs d'une jaunisse qui ne tarda point à se déclarer. Le médecin, dont on eut occasion de réclamer les soins, ayant imprudemment ordonné un bain froid, M. H*** éprouva un tel degré de torpeur en entrant dans la Seine, qu'il resta, dit-il, près d'une demi-heure sans pouvoir exécuter le moindre mouvement, et dans un état d'oppression extrême.

A dater de ce jour, les douleurs de l'hypocondre droit

(1) Je prépare dans ce moment plusieurs mémoires fort étendus que je soumettrai au jugement de l'Académie royale des sciences, et dans lesquels j'espère démontrer incontestablement la haute efficacité de l'or dans le traitement des scrophules.

s'accrurent progressivement, et en même temps il se manifesta un engorgement du foie, qui persista malgré les *dépuratifs*, les *purgatifs*, les *toniques* et les *fondans*, prodigués sous toutes les formes; la jaunisse prit une teinte foncée, et persévéra encore durant plusieurs mois. Ce fut en vain qu'on chercha à y remédier par l'application de quelques sangsues et l'emploi de deux saignées. Malheureusement, ces moyens, employés à une époque trop éloignée de l'accident primitif, n'obtinrent qu'un résultat imparfait. Enfin, ce ne fut qu'après plusieurs alternatives d'amélioration et de rechutes, que le malade finit par entrer en convalescence. Cependant, quoique la santé de M. H*** parût s'améliorer de jour en jour, il n'en ressentait pas moins une douleur sourde, dans l'hypocondre droit, accompagnée d'un malaise général, de chaleur et de sécheresse à la peau, d'un appétit intermittent, que le *bon vin ni les amers* ne parvinrent point à maintenir d'une manière durable, comme on l'avait fait espérer au malade.

Cet état de choses continua encore pendant plusieurs mois, après lesquels se déclarèrent quelques douleurs articulaires, et, plus tard, une sciatique très-intense. Dès lors, furent oubliés tous les phénomènes morbides qui avaient précédé, et l'on ne songea qu'à traiter le malade de son affection rhumatismale, que l'on considéra comme la cause essentielle de tous ses maux.

Force bains à vapeur extrêmement chauds furent ordonnés, ainsi que des tisanes amères, soi-disant sudorifiques, des frictions huileuses, camphrées et autres furent employées; des vésicatoires, des purgatifs, et tout ce que la *polypharmacie* la plus exubérante peut fournir de médicamens énergiques; rien ne fut négligé. Enfin l'on en vint au point d'ordonner pour tisane habituelle une forte décoction de gayac et de salsepareille. Le malade rapporte que cette décoction concentrée, dont il a fait usage pendant long-temps, lui causait une soif si ardente, que, durant la nuit, il lui est parfois arrivé, après avoir épuisé la carafe d'eau qui était sur sa table de toilette, d'aller en requérir dans la chambre d'un de ses voisins. Enfin, la saison des bains étant venue en aide aux médecins de M. H***, on le décida à se rendre aux eaux minérales de Wisbath, qui ne lui procurèrent aucune amélioration; il en revint même plus souffrant qu'auparavant.

Cet état de choses dura jusqu'à l'époque où il se forma à la partie gauche du cou et à l'épaule du même côté, deux abcès considérables, qui, après avoir été long-temps à compléter leur maturité, finirent par donner issue à un pus mal élaboré, qui s'écoula abondamment par deux ouvertures fistuleuses. Dès cet instant, la maigreur fit de rapides progrès, et sembla menacer d'un état de marasme complet. Toutefois, les douleurs arthritiques et sciatiques cessèrent, et furent remplacées par une fièvre intermittente quotidienne, dont la période de froid était si intense et tellement prolongée, que chaque accès donnait lieu à un développement remarquable de l'abdomen (1).

Ce fut dans cette circonstance que je fus appelé auprès du malade pour lui donner des soins.

Au premier abord, je reconnus les signes évidens d'une gastro-entérite chronique, phlegmasie qui s'était étendue jusqu'au foie (dont l'engorgement était déjà manifeste), et de là au péritoine, dans la cavité duquel je constatai un commencement d'hydropisie. Nul doute que le défaut d'un régime convenable et l'usage intempestif des stimulans de toute espèce avaient provoqué, entretenu et exaspéré le développement de cette grave maladie, ainsi que celui de la fièvre intermittente, qui en avait été la suite. Mais cette dernière étant d'une nature très-alarmante, surtout durant chaque période du froid, qui causait une oppression extrême, un gonflement abdominal, et un état spasmodique qui effrayait vivement le malade, j'avisai aussitôt aux moyens de prévenir le retour périodique de l'accès de fièvre.

En conséquence, je prescrivis trois lavemens, composés chacun d'un demi-verre de décoction de quinquina, et de cinq grains de sulfate de quinine, à prendre de deux en deux heures, de telle sorte, qu'ils pussent produire tout leur effet avant l'heure où l'accès de fièvre devait revenir. Je fis appliquer un cataplasme émollient sur tout l'abdomen; je ne permis que l'usage d'eau gommée, coupée avec une infusion très-légère de tilleul; on maintint les pieds aussi chauds que possible; il est presque inutile d'ajouter que le malade fut soumis à une abstinence rigoureuse.

Comme je l'espérais, l'accès de fièvre, qui aurait été le quatrième, n'eut pas lieu, ce qui causa une grande joie à M. H*** et à sa famille. La sécheresse de la gorge diminua, la langue devint moins rouge, le teint parut s'animer, la peau fut moins aride, la tête plus libre, les urines plus abondantes, et les selles très-colorées et plus régulières. Le malade demanda instamment à manger, mais la diète, les lavemens, les cataplasmes et la tisane gommeuse furent continués pendant les deux jours suivans, qui, ayant été sans fièvre, nous permirent d'accorder à M. H*** l'emploi du laitage en soupe et en boisson. Dans l'intervalle de ses repas, c'était de *l'hydrogala* qu'il buvait par petites doses fréquemment répétées.

Après trois jours de ce régime, les symptômes de l'irritation des voies digestives paraissant presque éteints, je permis au malade l'usage de potages féculens coupés avec un peu de bouillon, et prescrivis du petit-lait avec addition de quelques gouttes de teinture de digitale pourprée; je fis faire des frictions sur tout l'abdomen, tantôt avec cette teinture, tantôt avec celle de scille, et je prescrivis des demi-lavemens d'infusion scillitiques. Le malade n'ayant pu supporter l'usage du petit-lait, je le remplaçai par une décoction de chiendent, nitrée, et adoucie avec de l'oximel scillitique. Mais tous ces moyens, qui entretenaient de l'irritation dans le bas-fond de l'estomac, ne

(1) Durant la période de froid des fièvres d'accès, il existe une contraction spasmodique des quatre cavités du cœur, qui occasionne une stase sanguine dans tout le système circulatoire, ce qui parfois, détermine ou du moins favorise les épanchemens séreux, soit dans la poitrine, soit dans l'abdomen.

produisant absolument aucun effet sur l'épanchement abdominal qui avait acquis un grand développement, je me décidai à pratiquer la paracenthèse. J'obtins douze litres de sérosité verdâtre, dont le malade put se débarrasser sans éprouver le moindre accident; immédiatement après, je couvris le bas-ventre de flanelles trempées dans une infusion de sureau, que je maintins à l'aide d'un bandage de corps compressif; je recommandai le repos, la diète, et l'usage de l'orangeade, prise en petite quantité: il survint une diarrhée abondante, jaune-verdâtre, qui dura quarante-huit heures; aussitôt après, le malade parut reprendre à vue d'œil; les ouvertures fistuleuses du cou et de l'épaule fournirent un pus de bonne qualité, et en si petite quantité, qu'on borna leur pansement à l'emploi d'un simple plumaceau de charpie enduit d'un peu de cérat de Galien; l'appétit devint intolérable; il fallut souscrire à quelques alimens et à l'eau vineuse, ce que je n'accordai qu'à mon grand regret, parce que je prévoyais l'abus qu'on ne tarderait pas à en faire; enfin, l'état de M. H*** s'améliora au point qu'il put sortir pour aller se promener en cabriolet jusqu'au bois de Boulogne, où il fit un peu d'exercice à pied.

Ainsi que je l'avais pressenti, le convalescent se livra à des écarts de régime et de boisson qui ne tardèrent point à sur-exciter l'estomac et à rallumer l'irritation chronique du duodénum, qui n'était qu'assoupie. On voulut persévérer dans l'usage d'un vin généreux, d'un bouillon succulent, et de viandes de haut goût; mais bientôt la langue reprit une teinte rouge très-marquée, le pouls devint fréquent, la tête fatiguée, l'altération prononcée, la peau sèche, les urines moins abondantes, et les selles liquides, le ventre se ballonna; l'épigastre éprouva de légers tiraillemens; la percussion était sonore vers cette région, tandis qu'elle donnait un son mat vers l'ombilic et l'hypogastre, où le gonflement s'accrut d'une manière assez rapide. Je me hâtai de prescrire une diète sévère, des boissons tempérantes et des applications émollientes, ce qui donna lieu à une diminution instantanée de cette exacerbation irritative, et ramena le malade dans des dispositions propres à permettre l'emploi de quelques diurétiques légers; mais le ventre n'en resta pas moins rempli d'eau, les extrémités inférieures s'infiltrèrent, les parois abdominales devinrent pâteuses, l'oppression se manifesta, la figure prit un aspect terreux qui alarma les parens, ce qui les fit acquiescer à la proposition que je leur avais faite, d'appeler un de mes confrères en consultation. M. le professeur Broussais ayant été prié de se rendre auprès du malade, voici quelle fut son opinion sur cette grave maladie, qui paraissait donner si peu d'espoir de guérison.

Un examen attentif de la poitrine ayant coinvaincu M. Broussais qu'il n'existait pas de lésion organique au cœur ni dans les gros vaisseaux, son attention se dirigea tout entière vers les organes digestifs et biliaires. Les circonstances antérieures, la sensibilité de l'épigastre, l'état de la langue, l'altération qu'éprouvait le malade, l'appétit qu'il ressentait, et qui, une fois satisfait, donnait lieu à des douleurs sous-épigastriques, surtout une ou deux heures après que le malade avait mangé; la fréquence et la petitesse du pouls, l'état *marasmoïde*, déjà très-prononcé, et la diarrhée qui se manifestait de temps à autre, ne laissèrent à mon confrère aucun doute sur la persistance de la gastro-entérite chronique, qui avait fusé jusque dans le colon. Il ne douta pas non plus, quoique les selles fussent colorées en jaune, que l'irritation *duodénale* ne continuât à se transmettre au foie, dont la tuméfaction ne put cependant être constatée à cause de l'extrême gonflement abdominal causé par l'hydropisie ascite.

Après avoir reconnu avec cette rapidité de tact et de précision qui le caractérise, la nature, le siége et l'étendue de cette grave affection des organes digestifs, M. le professeur Broussais en signala tous les retentissemens sympathiques dans les autres systèmes organiques, et conclut à l'emploi des moyens suivans, pour arrêter les progrès du mal, dont la terminaison paraissait devoir être prochainement mortelle.

1° Pratiquer la paracenthèse dans le plus court délai, afin de faire cesser le refoulement des organes abdominaux et thoraciques, ainsi que la compression d'une grande étendue du système veineux, causés par la grande collection de sérosité épanchée dans le péritoine;

2° Combattre ensuite la phlegmasie chronique *gastro-entero-hépatite*, par de l'orangeade légère; l'application de cataplasmes émolliens nitrés, placés sur toute l'étendue de l'abdomen, et surtout par un régime sévère, composé seulement de soupes féculentes. Malgré les instances du malade et le désir des parens, l'usage du *vin généreux* fut complètement interdit: il ne consentit pour les repas qu'à une cuillerée de vin blanc perdue dans un verre d'eau;

3° Immédiatement après que la phlegmasie se serait amendée, employer alternativement des tiers de lavement, soit avec décoction scillitique, soit avec infusion de digitale, le tout dans des proportions convenables pour ne pas trop exciter le rectum; faire frictionner les lombes, la face interne des bras et des cuisses avec de la teinture de digitale; prescrire des frictions réitérées aux chevilles et aux jambes, tantôt avec une flanelle sèche, tantôt avec de l'eau fortement savonneuse.

En dernier lieu, persévérer dans l'emploi de ces divers moyens, en augmentant progressivement leurs effets, et en les secondant par la paracenthèse toutes les fois que l'abdomen acquerrait un volume qui causerait une gêne respiratoire ou seulement des tiraillemens, ou une pression douloureuse vers l'épigastre.

La ponction pratiquée et le traitement antiphlogistique mis en usage, l'amélioration générale fut rapide, soutenue, ce qui nous encouragea à faire usage des diurétiques, ainsi que cela avait été convenu. Les urines coulèrent abondamment, la soif diminua, l'abdomen ne fut plus douloureux à la pression, la fièvre *vespertile* cessa complètement, les forces ne tardèrent point à se rétablir, du moins en partie; le malade eut besoin de se substanter de quelques alimens solides, tels que du poisson, des œufs, du blanc de poulet, etc., et bientôt après il demanda à sortir. Je consentis à une promenade hors de Paris, mais malheureusement les goûts germaniques

dans son cours, et considérablement abrégée si on l'attaque avec un vrai spécifique. Si elle a déjà atteint la période de suppuration, qu'ainsi son cours naturel soit déjà accompli, il n'y aura pas grand'chose à changer à sa marche : on pourra seulement écarter quelques-uns des dangers que court encore la vie du malade.

La découverte de l'action préservatrice et curative de la *vaccinine* est d'autant plus précieuse, qu'une multitude de faits a démontré illusoire la sécurité qu'on avait cru résulter de l'emploi de la vaccine. Ainsi, dans une épidémie de variole qui a sévi à Munich et autour de cette ville, il y a environ trois ans, tous les vaccinés, et presque eux seuls, en ont été atteints.

Occasionellement, remarquons que le docteur Schucktitsch, homœopathe pur, a déclaré que sur 700 enfans qu'il avait vaccinés jadis, aucun n'a offert postérieurement de trace d'engorgement glandulaire ou d'éruption cutanée; ce qu'il faut sans doute attribuer à ce qu'il n'a employé que du vaccin de vache et non du vaccin d'homme. L'expérience de tous les jours démontre que le contraire a lieu en se servant de vaccin humain. Quoique plusieurs médecins de renom aient soutenu l'opinion de l'innocuité du vaccin, lequel, disaient-ils, ne saurait participer en rien de la nature des virus existans dans le sujet sur lequel il est pris; il n'en est pas moins vrai qu'à la suite de la vaccination, on a vu se développer maintes fois des affections chroniques très-graves. Il est peu probable que ce développement résulte du vaccin pur; et ce virus n'est pur que lorsqu'il est pris sur la vache, et une vache bien saine. Il y a donc lieu de désirer que les comités de vaccination et les administrations locales, mettent du prix à se procurer plusieurs fois par année du vaccin de vache, et à entretenir l'inoculation des vaches à ce dessein. Alors aussi on aura l'occasion et le moyen de posséder de la *vaccinine* bien pure, et l'on pourra faire en grand nombre des expériences comparatives.

Ne perdons pas de vue que si, comme on l'a avancé, la variole et la vaccine ont une seule et même origine primitive, ce ne serait que la différence d'organisme de la race humaine et de la race bovine, qui produirait la différence subséquente de la variole et de la vaccine; d'où l'on a droit d'inférer que peu à peu et par vaccinations successives, la vaccine, transplantée d'homme à homme, doit se charger de divers miasmes ou virus humains, et perdre peu à peu aussi de sa qualité préservatrice qu'elle ne tient peut-être que de ce que le corps primitif d'où elle a été tirée, celui d'une vache, a été entièrement exempt de toute espèce de miasme ou virus.

Il est donc probable que c'est *une grande faute* qu'ont commise et les gouvernemens et les sociétés de médecine, de ne pas entretenir, partout où la localité le permettait, des sources pures abondantes de vaccin, par l'inoculation des vaches, et surtout l'inoculation de vache à vache.

Nous prions nos lecteurs de prendre cet objet en très-sérieuse considération (*Réd.*).

Attomyr a inoculé un enfant avec la 4me puissance de *vaccinine*. Le second jour, est survenu humeur chagrine, sommeil agité; le troisième et le quatrième, fièvre avec chaleur, soif, agitation corporelle, pleurs, refus du lait (nourriture accoutumée), etc.; les cinquième, sixième et septième, ces accidens se sont peu à peu apaisés. Sur la place même de l'inoculation, il ne s'est point montré de véritable vaccination, et les petites incisions ont [été] invisibles en trois jours. Le même enfant a été vacciné réellement, six semaines après, et n'a point contracté la vaccine. C'est une expérience curieuse et intéressante à répéter.

Après avoir fait les essais et obtenu les résultats ci-dessus rapportés, Gross, dans un moment où régnait une épidémie varioleuse très-grave et quelquefois mortelle, fit connaître par la voie des feuilles publiques qu'il avait déposé chez un pharmacien un préservatif sûr contre la variole et ses fâcheux effets, et qu'il donnerait gratuitement les conseils nécessaires pour en faire usage.

Il ne tarda pas à avoir un grand nombre de cas en traitement, qui tous se terminèrent le plus heureusement. — Ainsi, un garçon meunier qui s'était tenu quelque temps auprès de son camarade atteint de variole, et qui était revenu chez ses parens avec les prodromes de la maladie, eut quelques boutons, il est vrai, après avoir pris *vaccinine*, mais qui séchèrent le troisième jour.

Une jeune fille déjà parvenue à la seconde période de la variole, et qui se plaignait outre cela d'une difficulté d'avaler, fut délivrée de cette incommodité par une seule dose de *vaccinine*.

Une fille de 7 à 8 ans fut subitement saisie des prodromes de la variole, dans la nuit, et avec la plus grande violence. La congestion cérébrale fut tout de suite si forte, que Gross redouta une inflammation, et appliqua *bell.*; la connaissance étant après cela bien revenue, et des crampes générales s'étant emparées du sujet, il donna *ignat.* Le troisième jour enfin, l'exanthème se montra en quantité incroyable; et alors l'enfant reçut une dose *vaccinine*. Les boutons varioleux se développèrent néanmoins et acquirent leur forme propre; mais au bout de trois jours, ils s'affaissèrent, et se séchèrent bientôt après. La maladie dura, en tout, huit jours.

L'annonce qu'il avait publiée ayant attiré à Gross la demande d'une commune voisine, de mettre à sa disposition un nombre de doses convenables réparties suivant les âges; il fit préparer par le pharmacien, pour les enfans à la mamelle, *vaccinine* $\frac{0--00}{1}$; pour les enfans plus âgés, 00—000; pour les adultes, 0000—00000, avec quelques grains de sucre de lait; et donna pour instruction de n'en jamais administrer qu'une seule dose soit avant, soit pendant la variole. Ce fut le pasteur du lieu qui fut chargé d'administrer le remède, et qui fit plus tard le rapport suivant :

« J'ai reçu soixante doses de poudres : dix pour adultes quarante pour enfans, dix pour nourrissons; j'en ai administré six à des adultes, jeunes mères qui n'avaient pas sevré, trente-une à des enfans et à des jeunes indivi-

dus de 3 à 20 ans, et huit à des nourrissons ou enfans sevrés.

» Quatre sujets étaient déjà atteints de la maladie, et reçurent le remède:

a) Fille de 17 ans, le huitième jour;

b) Fille de 13 ans, le huitième jour;

c) Fille de 12 ans, le huitième jour;

d) Garçon d'un an et demi, le sixième jour, après l'éruption des pustules.

» Tous quatre ont échappé heureusement à la maladie, mais les trois premiers très-péniblement, en particulier *a*, qui, au douzième jour, fut pris d'un vomissement qui rendit perméable le gosier très-gonflé, et qui ne s'est rétabli que très-lentement. Chez *d*, la maladie a été assez modérée, et a parcouru rapidement ses périodes, quoique le sujet soit très-faible. *A* avait été précédemment inoculé, et même avec succès; *b* chez et *c*, l'inoculation n'avait pas réussi; *d* ne l'avait pas été.

» Comme depuis ces quatre cas il s'écoula un long terme avant qu'aucune personne tombât malade, je crus les progrès de la maladie arrêtés, jusqu'au 18 février, où deux enfans sont de nouveau tombés malades, après avoir pris le préservatif; *a*, fille de 2 ans, et *b* non, garçon de 6 mois, tous deux inoculés.

» Ces enfans avaient reçu le préservatif le 6 auparavant, *a* immédiatement, *b* par le lait de sa mère, ils ont beaucoup souffert l'un et l'autre, *a* a échappé au danger; *b* est mort au neuvième jour de la maladie.

» Dans ce moment, deux malades encore ne sont pas tout-à-fait guéris:

1. Une jeune femme d'environ 20 ans;
2. Une fille d'environ un an.

» Ni l'un ni l'autre n'ont reçu le remède, sont déjà au douzième jour, et sont encore très-malades. »

Gross croit devoir attribuer l'insuccès ci-dessus à cette seule circonstance que la *vaccinine* n'a pas été répétée. Ses expériences lui faisaient croire, à cette époque, que toujours et partout une dose suffisait; mais il a éprouvé depuis, que dans les affections varioleuses très-graves, *il faut* répéter plusieurs fois les doses, et qu'en particulier, avant l'infection, une seule dose n'est jamais un préservatif suffisant.

Dans une famille pauvre, une fille de 9 à 10 ans, présenta pendant quatre jours les prodromes ordinaires, douleur de tête, mal de cou, fièvre et délire, vomissemens copieux, etc.; puis, le 3 mars, la variole parut d'une si violente manière, que Gross n'a vu aucun cas pareil depuis lors. La première dose *vaccinine* fit peu de chose, la fièvre et le délire persistèrent, et le cou était si gonflé intérieurement, qu'à peine une goutte d'eau pouvait-elle descendre; toute la cavité buccale était couverte de boutons varioleux. Fidèle à ses principes, Gross ne songea pas d'abord à répéter le remède; mais voyant qu'au troisième jour les symptômes ne diminuaient point et que la malade courait risque de la vie, il donna une seconde dose, qu'il porta à douze granules. Dès ce moment, la violence de la maladie céda, le cou fut libre, la fièvre modérée; les pustules qui, en diverses places paraissaient devenir confluentes, restèrent discrètes, et le 6 ou 7 du mois, plusieurs commencèrent à sécher. *Vaccinine* fut employée encore à la même dose toutes les quarante-huit heures, jusqu'au commencement de la seconde semaine, que tous les boutons furent secs et que la desquammation commença.

Au 12 mars, lorsqu'en diverses places la peau était déjà nette, on laissa l'enfant, qui paraissait guérie, aller dans une cour exposée à un courant d'air, et y rester tout le jour pour tricoter. Quelques jours après, Gross trouva l'œil droit ulcéré et recouvert d'une croûte; les pustules encore existantes s'affaissèrent et se changèrent en croûtes épaisses, qui, arrachées de force, laissaient écouler un pus sanguinolent. Deux nouvelles doses *vaccinine* modérèrent immédiatement la fièvre de suppuration devenue plus violente, rendirent à l'enfant l'appétit qu'il avait perdu, et favorisèrent la desquammation; mais tout alla visiblement moins vite que dans les autres cas d'administration de ce remède, et les dernières croûtes suivirent effectivement leur cours naturel.

La chambre unique qu'habitait cette famille, avait environ six pas de long et autant de large; là demeuraient et couchaient sept individus. Pour voir ce que la *vaccinine* pouvait opérer comme préservatif, Gross laissa tous les membres de cette famille dans cet étroit réduit, où leur attouchement mutuel était si propre à favoriser l'infection; il prescrivit seulement qu'on ouvrît fréquemment les fenêtres. Depuis la première éruption de la variole, il donna, tous les jours, à chaque individu, une dose de 10-15 granules, suivant leur âge; le fils aîné seul, qui était apprenti cordonnier, et ne venait que chaque soir, ne reçut rien, parce que Gross avait appris dans la conversation, que depuis la maladie de sa sœur, il couchait chez son maître, et qu'il n'entrait en contact avec aucun des siens; mais à l'insu de Gross, il avait partagé la couche de ses sœurs, parce que son maître n'avait pas voulu le garder; c'est ce qui ne fut connu que plus tard.

Jusqu'au 9, Gross continua à donner la *vaccinine*, comme prophylactique, à toute la famille; alors il cessa, parce qu'il la considéra comme tout-à-fait à l'abri. Lorsque la desquammation commença chez la malade, et que par conséquent la capacité d'infecter ses proches était arrivée au plus haut degré, deux garçons furent subitement saisis, le 15, de mal de tête, chaleur, fièvre et vomissemens. Il donna sur-le-champ, à l'un et à l'autre, une nouvelle dose de *vaccinine*; et le lendemain, les enfans sortirent de leur lit, ne conservant que quelque répugnance contre leur déjeûner et leur dîner. L'aîné des deux, quoique obligé de se remettre immédiatement à tricoter, et se plaignant pendant deux jours de lassitude et d'anorexie, ne s'alita pas de nouveau, mais se rétablit promptement. Le plus jeune reprit de la fièvre la nuit suivante, du délire et des vomissemens; mais le lendemain, il fut derechef bien et gai.

Le 17 au soir, une fille de 12 à 13 ans s'alita, atteinte de symptômes encore plus violens; et Gross trouva l'aîné des fils au lit, ayant, à son insu, des prodromes depuis trois jours, contre lesquels il avait lutté jusqu'à ce qu'il

eût été obligé de leur céder. Tous deux, couchant dans le même lit, reçurent une dose *vaccinine*. Le 18, point de changement heureux; le 19, de même; la fille vomit souvent et eut beaucoup de fièvre; le garçon eut fort envie de vomir, mais ne put en venir à bout. Le plus jeune des enfans s'alita, ce jour, une seconde fois, et vers le soir, l'exanthème parut vouloir se montrer chez tous les trois; ils avaient tous, sur le ventre, les jambes et surtout la face, des rougeurs et des taches rouges passant à l'état réel de *stigmates*. Les sœurs aînées se plaignaient fortement de mal de cou et de l'impossibilité d'avaler. Gross répéta le remède; et le 20, au matin, le plus jeune des garçons fut en parfait état, et guéri pour toujours; la fille eut environ quinze boutons sur la face et tout le corps, mais put avaler, se trouva en général fort bien et eut envie de se lever; l'aîné des garçons seul eut toute la face et les autres parties, en particulier les extrémités, passablement recouvertes de pustules, et un gonflement interne du gosier si prononcé, qu'il croyait devoir étouffer. Le 21, les deux derniers reçurent encore une fois *vaccinine*, et alors les pustules séchèrent chez la fille, ensorte que le 25, elle était tout-à-fait guérie. Chez le garçon, le mal de cou céda le 22; les pustules se remplirent d'un pus jaune, épais, et prirent une forme pointue, comme les varicelles. Le 23 et le 25, il reçut une nouvelle dose de *vaccinine*, et l'exanthème parcourut ses phases, comme dans les cas ci-dessus.

On trouve dans l'observation suivante l'indice de services nouveaux et importans qu'on peut encore attendre de la *vaccinine*.

Le docteur bætzendorf fut consulté par une jeune fille de 17 ans, portant une taie épaisse sur les yeux, à la suite de la variole inoculée dans la trentième semaine de sa vie.

Tous les remèdes allopathiques employés pendant seize ans, avaient été sans résultat. B. employa d'abord *sulf.*, *arsenic.*, *puls.*, *cann.*, qui calmèrent l'inflammation et l'ulcération des paupières, mais laissèrent la taie tout-à-fait intacte; alors il eut recours à la troisième trituration de *vaccinine*, dont quatre doses suffirent pour rendre tout-à-fait transparente la cornée de la jeune fille, au comble de sa joie.

VARIOLINE. Une jeune fille de 6 ans contracta la variole naturelle, qui eut son cours naturel et régulier. Après la dessiccation, il resta une violente inflammation de l'œil gauche, avec photophobie, larmoiement abondant, et douleurs lancinantes dans l'œil malade, qui forçaient l'enfant à tenir sa face appuyée sur un objet solide, ou à couvrir ses yeux avec ses poings. Quelques doses *acon.*, *puls*, *bell.*, *hep.*, *sulf.*, *sulf.*, ne produisirent, dans l'espace de six semaines, qu'une diminution de l'inflammation et de la photophobie, et la cessation du larmoiement; mais ces moyens ne purent empêcher la formation d'un *pannus* qui gênait totalement la vision. Une dose *varioline* $\frac{oo}{x}$ amena, en quinze jours, la diminution de cette production nouvelle; une seconde dose $\frac{oo}{vi}$ rendit la vue, et une troisième pareille, au bout de trois semaines, procura vision distincte.

LEUCORRHINE. Une fille de 21 ans, de constitution grêle, souffrait, depuis plusieurs années, à chaque époque menstruelle, avait des spasmes, et surtout une abondante leucorrhée. Un long emploi des moyens les mieux indiqués, n'avait produit aucun bon résultat, et en particulier n'avait nullement diminué la leucorrhée. Le 15 octobre, on donna *leucorrhine* X; et il fut rapporté, le 7 décembre, que trois ou quatre jours après, ce flux avait cessé et ne s'était pas montré depuis; la menstruation était devenue régulière; mais les spasmes existaient encore.

TINÉINE. Cinq enfans, de 5 à 14 ans, de diverses familles, avaient la teigne depuis plusieurs années. Un traitement antipsorique avait amélioré leur état, mais ne les avait pas guéris. On donna à l'un d'eux, *tinéine* X, et trois semaines après la première dose, la guérison était complète; chez trois autres, l'amélioration a été visiblement plus prompte; les ulcères se sont séchés, sont tombés en croûte, et la peau luisante s'est recouverte de cheveux; chez le cinquième, fille de 14 ans, qui depuis long-temps n'avait rien pris, chez laquelle la maladie était plus ancienne et de très-mauvaise nature, la guérison ne fut visible qu'après la troisième dose.

Ch.-G. PESCHIER, *docteur*.

OBSERVATIONS PRATIQUES.

(Extraites de l'*Allgem. homœop. Zeitung.*)

Un vomissement noir (*melœna* 2) a été complétement arrêté, en six heures de temps, par *ver.* $\frac{ooo}{iv}$.

— Une éruption teigneuse du cuir chevelu, humide et fétide, jointe à une dureté d'oreille, chez une jeune paysanne, âgée de huit ans, a été guérie par une seule dose *lycop.* $\frac{o}{x}$. Au bout de quatre mois, il ne restait qu'une légère croûte sèche, jaunâtre, qui céda à *hep. sulf. calc.* 2, et ne reparut plus.

— Des condylomes et crêtes de coqs (sycose) aux grandes lèvres et surtout à leur commissure, douloureux au toucher, non saignans, accompagnés de leucorrhée puriforme, de cuisson au méat urinaire, et d'une éruption de boutons à la cuisse, ont cédé à des doses répétées de *thuja*, de *mercure*, et d'*ac. nitr.*; les crêtes de coqs ayant résisté à l'usage externe de *thuja*, ont disparu totalement sous l'action interne et externe de *tinct. euphras*, en seize jours.

— Un jeune homme était atteint, par suite d'onanisme, d'une faiblesse chronique des yeux avec pression et photophobie. Après que plusieurs remèdes eurent été donnés en vain, quelques doses répétées de *cina* firent cesser cette infirmité.

— *Colocynth.* a guéri très-promptement des coliques avec diarrhée, qui avaient lieu après le plus petit repas, et forçaient le malade à se ployer en deux.

— Un gonflement inflammatoire rhumatique de l'articulation huméro-cubitale, avec engourdissement et

sensation de grossissement des doigts, douleur pinçante jusqu'aux doigts et fièvre, a été guéri par la répétition, trois jours de suite, d'*acon.* $\frac{0000}{X}$, suivi de *bryon.*

— Des éruptions de nature particulière, après avoir pris, contre la coutume, beaucoup d'alimens et qui occasionaient un violent prurit, surtout dans le lit, ont été guéries à chaque apparition par *puls.*

— Un garçon serrurier s'était contus la troisième phalange du doigt indicateur avec un marteau, et s'était traité lui-même avec l'emplâtre de Nuremberg, avec si peu de succès, qu'au bout de huit jours il avait perdu l'ongle, lequel avait été remplacé par une chair fongueuse excessivement sensible au moindre attouchement; toute la phalange était dépourvue d'épiderme. L'usage externe et interne d'*arnica* fit cesser la douleur dans un quart d'heure, en sorte que le malade put reprendre son travail: au bout de deux jours, la fongosité fut réprimée, et laissa un vide qui se terminait à l'os; les autres parties étaient déjà recouvertes de peau; et au quatrième jour, ce doigt était aussi bon que les autres, à l'exception de l'ongle qui manquait.

— Une domestique âgée de 20 ans, atteinte d'une grenouillette, en a été très-rapidement guérie avec une goutte *merc.* IV.

— Deux hernies étranglées se sont réduites après *nux* $\frac{00000}{X}$, aidé d'applications froides et de lavemens simples.

— On a observé pendant la dernière épidémie de choléra, que la plupart des sureaux avaient souffert et que quelques-uns avaient péri. Attomyr, qui cite ce fait, le combine avec le suivant, savoir qu'un peintre, dans le lieu qu'il habite, avait délivré plusieurs cholériques, en un quart d'heure, des plus terribles spasmes, en leur donnant un électuaire où le rob de sureau doit entrer en plus grande masse. On peut en conjecturer que l'infusion de sureau pourrait être fort convenable dans cette maladie.

— Une femme de 30 et quelques années avait fait une fausse couche au quatrième mois. Un chagrin qui survint à ce moment-là même, la jeta dans le plus grand danger de perdre la vie: les lochies sanguines s'arrêtèrent, la tête devint chaude, la face d'un rouge foncé, les yeux étincelans, la langue couverte et jaune, le pouls dur, plein, vite, la peau sèche, chaude; l'épigastre et le bas-ventre douloureux au toucher: depuis deux jours, point de selles; délire et coma alternans; yeux mi-clos, agitation corporelle, envie continuelle de sortir du lit. — A minuit, *coloc.* $\frac{00}{X}$; le lendemain matin, Attomyr la trouva guérie: les lochies avaient repris leur cours.

— Pendant sa grossesse, une dame fut saisie d'une violente douleur abdominale, avec sensation d'élancemens et de brûlure, dans le côté; il était difficile de s'assurer s'il y avait inflammation au psoas, au rein ou à la rate; dans la première période, le pouls était très-élevé. Plusieurs médicamens qui paraissaient indiqués, furent administrés inutilement. *Coloc.* X fit disparaître pour toujours cette affection extrêmement aiguë.

— Une jeune femme de 20 ans, née de parens sains, avait eu légères les maladies de l'enfance, et était parvenue en santé à sa dix-septième année. A cette époque, elle se donna un coup à la jambe gauche, et quoiqu'au premier moment elle y ressentît peu de douleur, on vit, au bout de trois semaines, s'y manifester un gonflement avec rougeur et les plus effroyables douleurs lancinantes. On consulta deux médecins de renom, qui employèrent vainement divers moyens, pendant trois ans, sans guérir la malade, et finirent par l'abandonner comme incurable.

Les parens alors appelèrent le docteur Hromada, habitant Tœplitz, qui trouva la malade dans l'état suivant: Sans force, maigre, en état de marasme; céphalalgie déchirante, avec vertige, surtout pendant le mouvement; face et lèvres blêmes, jaunâtres; yeux mi-clos, troubles et humectés, avec douleur brûlante; langue brun-noirâtre, sèche et tremblottante; gosier douloureux en avalant, sans lésion apparente; soif continuelle, anorexie; douleur pressive du côté droit, à la région du foie; une selle tous les deux jours, accompagnée chaque fois d'un frisson général; urine épaisse; respiration pénible, avec douleur de tension dans la poitrine et toux sèche; lassitude générale; sommeil inquiet, quelquefois avec sueur copieuse; disposition à s'effrayer et à pleurer; pouls insensible réduit à un tremblottement.

A la jambe gauche, un ulcère fétide s'étendait sur le tibia dans une longueur de cinq pouces et une largeur de quatre; les douleurs étaient lancinantes, profondes, et les bords recouverts d'onguent mercuriel rouge.

Il n'y avait pas moyen de méconnaître un *hydrargirisme;* et *china,* paraissant le mieux indiqué, H. en donna $\frac{00}{X}$, le 3 août, au soir. Cette dose paraissant opérer favorablement, il la répéta les 6, 9, 15, 18, 25, 30; 4, 10, 18 septembre; le 21, la malade était dans l'état suivant.

L'ulcère à moitié guéri, donnait un pus louable; mais, quoique diminuées, les douleurs profondes, ainsi que le sommeil inquiet, la sueur alternant avec le mauvais état de l'esprit, persistaient encore. L'*arnica* parut alors le mieux indiqué, et la malade en reçut $\frac{000}{X}$, le 22 septembre, au soir. Le 27, les 3, 8 et 12 octobre, la douleur, la sueur, le sommeil et l'état de l'esprit, étaient fort améliorés; l'ulcère avait encore trois pouces de diamètre. Alors H. donna de huit en huit jours, trois fois, *rhus* $\frac{00}{X}$, et la malade se rétablit très-bien; maintenant on ne voit aucune trace de la maladie.

— Un gentilhomme, né de parens très-sains, s'était bien porté jusqu'à sa dix-neuvième année, où il éprouva, en hiver, un refroidissement, dont la suite fut enflure des pieds et du bas-ventre. Pendant plusieurs années, il consulta divers médecins et usa d'un grand nombre de remèdes, sans aucun succès; en sorte qu'il perdit tout espoir de guérison.

Le 28 mai 1822, il consulta Hromada, qui le trouva dans l'état suivant.

Hydropisie externe et interne du bas-ventre, avec

phlictènes aux cuisses, qui paraissaient devoir crever; facies pâle, verdâtre, bouffi; yeux enfoncés, larmoyans et mi-clos; bouche ouverte, mâchoire pendante; langue tremblottante, rouge, sèche; hoquet, soif et défaut d'appétit; selles et urine involontaires, celle-ci en très-petite quantité; sommeil inquiet depuis plusieurs mois, agitation, mettant son corps à nu et se glissant aux pieds du lit; pouls presque insensible et réduit à un tremblottement; esprit calme, nulle crainte de la mort; répétant à son médecin : *nihil sine deo*.

Hromada fut fort embarrassé, mais fut encouragé par les parens, qui lui disaient qu'aucun remède ne pourrait rendre pire la situation du malade, qui était sur le point de mourir. Il donna donc *arsen.* $\frac{oo}{X}$, le 28, au soir; la nuit fut assez calme, ce qui dura jusqu'au 29 à quatre heures. Alors l'agitation recommença et empira jusqu'à huit heures du soir; demi-heure après, le malade reçut une seconde dose, et passa une nuit calme dans le sommeil. Le lendemain, il fut très-supportablement, jusque vers les sept heures du soir, où l'inquiétude revint; une troisième dose fut donnée à huit heures, et fut ainsi répétée huit fois de suite, avant qu'on obtînt un flux d'urine un peu abondant. Dès ce moment, le malade fut tous les jours mieux, et le remède fut continué jusqu'au 21, où il fut totalement guéri. Dès ce moment, il se remit à ses affaires, sans ressentir aucune trace de sa maladie.

— Un jeune homme de 15 ans, né de parens sains, et n'ayant jamais été malade, fut pris du choléra, en juillet 1832. Traité par deux habiles médecins, il vit disparaître vomissement, diarrhée et crampes; mais leurs efforts furent vains contre le reste; les remèdes empiraient l'état du malade; ils l'abandonnèrent.

En mai 1833, Hromada fut appelé, et le trouva dans l'état suivant : Réduit à l'état de squelette, face plombée, tempes rentrées, paupières et lèvres bleues; taches bleu-noirâtres sur le nez, mâchoire pendante, salivation involontaire, voix tremblottante, langue parfaitement sèche; soif vive, inappétence, selles aqueuses avec forte brûlure à l'anus; urine rare, épaisse; froid de tout le corps, sueur gluante; sommeil inquiet, agitation; pouls insensible; esprit calme et content, avec pleine connaissance.

Tout espoir était perdu par les parens, et Hromada n'osait porter un pronostic favorable; alors il donna *arsen.* $\frac{o}{X}$, le 6 juin, au soir. Cette nuit-là, le malade dormit pour la première fois depuis plusieurs mois, et fut tranquille jusqu'au lendemain à six heures du soir, où son état empira; ce qui décida H. à répéter la dose. La nuit fut de nouveau calme; et H. voyant que la répétition de la dose était très-favorable, il y revint quatorze fois, après lesquelles le malade se trouva si bien, qu'il n'eut plus besoin de son médecin. Sa santé s'est très-bien soutenue dès lors.

— Un enfant de 15 mois était depuis plusieurs mois atteint d'hydropisie, sans qu'aucun moyen eût pu le guérir. Il criait presque nuit et jour, ce qui lui avait produit une hernie double. Hromada, au 3 octobre, en fait le tableau suivant : Marasme complet, avec énorme enflure de ventre; forte soif, peu d'appétit. *Helleb. nig.* $\frac{o}{X}$ fit disparaître l'enflure de l'abdomen en trois jours. Contre les hernies, H. donna trois doses *nux* $\frac{o}{X}$, de six en six jours. Les cris alors cessèrent un peu; mais il survint une toux violente qui se répétait plusieurs fois par jour. *Ipec.* $\frac{ooo}{IV}$ toutes les heures, diminua la toux; mais le lendemain, l'enfant prit de l'angoisse et de l'inquiétude; la face pâle était étirée, la voix rauque, la respiration précipitée, le son de la toux naturel, la bouche béante, comme pour aspirer de l'air; la soif pressante, mais il criait en buvant, et repoussait le verre loin de lui; lorsqu'on touchait le larynx, l'enfant toussait fortement et pleurait; il était constipé depuis trente-six heures; pouls petit, 130 par minute. Tout indiquait un croup (*angina membranacea*). H. donna *acon.* $\frac{o}{X}$, trois fois en deux heures, et comme l'état s'était un peu amélioré, il employa *hep. sulf.* $\frac{o}{III}$, et le répéta au bout de quelques heures; alors le petit malade alla visiblement mieux, et au bout de trois jours, on ne voyait plus trace de mal.

Au quatrième jour, H. fut rappelé précipitamment, parce que l'enfant avait été saisi d'un froid général; à son arrivée, il le trouva déjà un peu mieux, la tête était chaude, le visage étiré, très-rouge, les yeux brillans, le nez obstrué, éternuemens, disposition à vomir, soif ardente, langue chargée, point d'appétit, toux sèche modérée, respiration difficile, pouls fréquent, plein et dur, et une éruption érysipélateuse sur tout le corps. L'enfant reçut *acon.* $\frac{o}{X}$ toutes les deux heures, et comme son état s'était amélioré après la seconde dose, on laissa celle-ci agir jusqu'au lendemain; alors la fièvre avait diminué, mais l'éruption était d'un rouge foncé. H. donna alors *puls.* $\frac{o}{X}$, et le second jour, l'éruption avait presque totalement disparu; cette nuit-là, l'enfant fut très-agité, et ne dormit point; il s'effrayait lorsqu'on lui adressait la parole, il n'avait aucun repos et tremblait de tout son corps; ses mains étaient dans une continuelle agitation, ses yeux vifs, sa face rougie et bouffie, son pouls fréquent, plein et dur. Il reçut *nux* $\frac{o}{X}$, et deux jours après, cet état s'était tellement amélioré, que H. ne jugea pas nécessaire de lui donner aucun autre remède. Dès ce moment, il est resté frais et en parfaite santé.

Note du rédacteur. Quoique curieuse et très-intéressante, cette observation n'est pas un parfait modèle; il y a eu, jusqu'à un certain point, abus de remèdes; ainsi *ipec.*, répété toutes les heures, n'a pas eu le temps d'épuiser son action, qui est d'au moins deux heures; et *aconit*, répété trois fois en deux heures, fournit la même remarque, puisque le minimum de son action est trois heures, et qu'administré à cet intervalle il réussit très-bien. — A cela près, on ne saurait disconvenir que la réussite prompte et complète d'*helleb.* contre l'ascite, et celle de *nux* contre la congestion cérébrale, n'offrent de ces exemples remarquables de la prodigieuse activité de tout remède vraiment homœopathique, et appliqué au moment où son action spéciale est le plus en rapport avec l'état du malade.

Hromada ajoute que *helleb.* et *scilla* lui ont très-bien réussi dans l'anasarque et l'ascite des enfans, mais non chez les adultes. Il a trouvé toujours convenables pour ceux-ci, *arsen.*, *bryon.*, *iod.* et *phosph.*, en consultant l'état des facultés mentales.

Depuis environ deux ans, il a été obligé, surtout chez les hommes très-occupés, excepté dans les maladies aiguës, d'administrer tous les remèdes le soir, avant d'aller se coucher, moment où ils paraissent agir le mieux.

C'est ainsi qu'ayant à traiter M. le directeur de... qui souffrait depuis quinze ans d'une goutte à la tête, il lui donna les remèdes, le matin, sans aucun succès, pendant plusieurs mois; changeant alors de pratique, il les lui administra le soir, et bientôt cette douleur qui réduisait le malade au désespoir disparut, et n'a plus reparu depuis trois années.

Hromada dit que, depuis plusieurs années où il éprouve les remèdes, il a remarqué que la jeunesse n'est pas si propice que l'âge viril à ce genre d'essais; la jeunesse supporte des doses beaucoup plus fortes que l'âge de 50 ans; et chacun pourra avoir observé que $\frac{o}{x}$, dans l'âge avancé, agit beaucoup plus que $\frac{oo}{x}$ chez l'enfant.

Il ajoute que les remèdes qui ne sont pas exactement homœopathiques, et ne sont, par conséquent, pas nécessairement indiqués, peuvent être répétés tous les jours.

— Gross, dont nous avons signalé les succès avec le *soufre* élevé à la 1500me puissance, a employé très-heureusement *sepia* à la 500me, dans un cas de douleurs spasmodiques du bas-ventre, que *sepia* $\frac{o}{x}$ paraissait avoir empirées: $\frac{oo}{D}$ donné deux fois par jour, a totalement enlevé et fait disparaître la maladie. Et le docteur Rummel avait déjà affirmé que, si un remède est parfaitement homœopathique (*simillimum*), si légère que soit la dose, il guérira toujours.

Les médicamens antipsoriques, d'après Gross, élevés à de très-hautes puissances, peuvent être souvent répétés, pourvu qu'ils soient étendus d'eau et donnés par cuillerées, comme Ægidi l'a proposé; donnés de cette manière, ils ont une très-grande action dans les maladies chroniques. C'est ainsi qu'à une dame atteinte d'une ophthalmie chronique de mauvaise nature, il donna *calc. carb.* $\frac{ooo}{x}$ dissout dans huit onces d'eau, par cuillerée chaque jour, avec le plus grand succès, après qu'une foule de remèdes avaient été inutiles.

Hromada affirme avoir guéri une phthisie tuberculeuse avec *cortex sambuci* 3; il désire que cette substance soit de nouveau essayée, ainsi que *urtica urens*, remède populaire contre la même maladie.

Ch.-G. PESCHIER, *docteur*.

—

NOTE SUR L'ACTION COMPARÉE DE L'ACONIT ET DE LA SAIGNÉE, dans le traitement des maladies inflammatoires; lue à la réunion de la Société homœopathique gallicane à Genève, le 16 septembre 1834.

Je n'ai point la prétention de décider une grande question de médecine pratique, celle de savoir quels sont les secours que l'ancienne médecine doit fournir à la nouvelle, c'est-à-dire, quels sont les moyens reconnus utiles qu'il faut conserver et employer à propos dans les traitemens homœopathiques.

On ne peut disconvenir, par exemple, que la saignée ne soit fréquemment un moyen fort avantageux dans les inflammations franches, avec réaction évidente du système artériel, surtout chez les tempéramens sanguins. Pourquoi l'homœopathie ne conserverait-elle pas ce puissant secours dans les cas violens? non point ces saignées abondantes répétées, qui exténuent un malade, le rendent incapable de suffire à une réaction salutaire, et lui préparent une convalescence longue et difficile; non point enfin comme moyen curatif, mais seulement en vue de modérer les symptômes, de procurer une détente momentanée et de faciliter la circulation. On me dira: pourquoi recourir à l'émission sanguine, puisque vous avez l'*aconit* qui produira bien mieux les mêmes résultats? Oui, sans doute, j'ai pleine et entière confiance à l'*aconit;* mais dans un cas urgent et en attendant qu'il ait opéré, pourquoi se priver d'un accessoire qui n'a pas d'inconvéniens graves quand on n'en abuse pas et qui ne nuit pas au traitement; au contraire, il le facilite; j'ai remarqué que l'*aconit* agissait plus vite et plus complètement après une saignée modérée. On pourra dire qu'en compliquant le traitement, on ne saura plus auquel des deux remèdes on devra faire honneur de la guérison. Cette considération ne saurait m'arrêter; la grande, l'unique affaire, c'est de guérir le plus promptement et le plus sûrement possible, et je ne m'inquiète guère que l'allopathie dise que c'est la saignée qui a guéri, tandis que l'homœopathie dira que c'est l'*aconit;* le but, c'est la guérison.

Ne croyez cependant pas, Messieurs, que ceci soit un juste-milieu, et que j'aie encore du doute sur le mérite de la loi des semblables; non, ce n'est point un mélange des deux doctrines que je propose; mais je pense qu'il ne faut négliger aucun moyen de guérir de quelque part qu'il vienne, pourvu d'ailleurs que ces moyens n'aient pas d'inconvéniens graves et qu'ils ne soient pas en opposition entre eux.

J'ai dit que l'on ne pouvait conserver aucun doute sur l'efficacité de l'*aconit* dans les maladies inflammatoires franches; j'ajoute qu'il est réellement le moyen curatif direct, l'antidote du mode phlogistique pur. C'est ce que je me propose d'examiner dans son application d'après ma propre expérience, et en comparant les effets de cette substance avec ceux de la saignée.

1° Dans la fièvre synoche simple, où il paraît que la maladie consiste dans une surexcitation du système vasculaire sanguin, sans inflammation locale, un ou deux

globules d'*aconit* à la 24me puissance, emportent le mal tout entier dans moins d'une heure. Je sais bien que cette fièvre est quelquefois éphémère, et qu'elle se guérit par la diète seule; mais quelquefois elle se prolonge et l'on y a employé la saignée, les nitreux. La puissance de l'*aconit* est ici manifeste; après lui il n'est pas question de convalescence.

2° Dans l'angine tonsillaire, l'esquinancie, j'employai, au commencement, *belladona, pulsatilla.* Je n'ai pas tardé à m'apercevoir que ces moyens opéraient difficilement, surtout quand la fièvre est forte; il faut alors combattre l'inflammation, la concentration par l'*aconit*, avant de donner le spécifique approprié. Ceci est tellement important, que l'*aconit* suffit seul s'il est administré dès le début, au moment où la maladie n'est encore qu'une concentration de l'influx vital. Je dis à dessein l'influx vital ou nerveux, car c'est par là que la maladie commence, la réaction fébrile ne vient qu'après, et le fluide sanguin n'est, à proprement parler que l'élement matériel et secondaire : voilà pourquoi les évacuations sanguines sont tout-à-fait insuffisantes, pour ne pas dire inutiles. Au reste, cette manière de voir n'est pas nouvelle; Duparque l'avait enseignée : il dit que la saignée n'agit qu'en produisant une perturbation dans l'innervation. Le professeur Odier, convaincu, par une longue expérience, de l'inutilité des sangsues au cou, avait fini par y renoncer.

3° Dans l'angine couenneuse, j'ai donné avec un prompt succès l'*aconit*, et trois heures après le *sulfure calcaire*. Dans ce cas, les sangsues sont pernicieuses.

4° Dans l'angine membraneuse, le croup, qui n'a été témoin de l'insuffisance, de l'inutilité des sangsues? Combien d'enfans sont morts de cette redoutable inflammation presque ex-sangues! A-t-on jamais vu cette forme d'inflammation céder uniquement aux sangsues? Aussi parmi les différens auteurs, l'un préconise le vomitif, l'autre le foie de soufre, le vésicatoire; celui-ci le mercure, celui-là l'assa fœtida, le seneka, etc. Quelques-uns, considérant le croup comme spasmodique, tels que Millar, Cheyne, proscrivent la saignée. Je ne nie pas qu'à Genève on ne guérisse beaucoup de croups par les sangsues, l'émétique, le vésicatoire; mais beaucoup de malades en meurent; toujours la maladie est grave, la convalescence longue. le traitement difficile avec des enfans qu'il faut éviter de faire pleurer. Quel immense service rendu à l'enfance, quelle sécurité pour les parens, que la découverte d'un remède sûr contre ce redoutable fléau de l'enfance! que dis-je, un remède! le plus souvent, le petit malade ne s'est pas aperçu qu'on lui en ait donné un, vu son petit volume. Oui, je déclare que j'ai constamment vu le croup céder immédiatement à une seule dose de deux ou trois globules d'*aconit*, sans sangsues; de manière qu'au bout de deux ou trois heures de transpiration et de sommeil, l'enfant se réveillait jouissant de toute sa santé. Une seule fois j'ai cru devoir administrer, six heures après l'aconit, une petite dose de *spongia usta*, parce qu'il avait un léger chatouillement au larynx. D'où vient cette promptitude d'action, et surtout d'action complète? Je l'ai dit, en parlant de l'angine; c'est parce que le croup ayant une marche rapidement fâcheuse, les parens s'alarment et appellent tout de suite le médecin, que l'on trouve ordinairement chez lui, puisque le croup débute toujours après le premier sommeil, par conséquent dans le milieu de la nuit. Je n'ai pas vu d'exception à cette particularité. Donc le remède étant administré au début de la maladie, avant que les organes qui en sont le siége aient reçu une atteinte prononcée dans leur organisation, l'inflammation, la concentration pathologique étant enlevées, il ne reste plus rien que l'état normal, la santé. Je crois qu'il en serait de même des autres inflammations exquises, quand elles seraient traitées dès l'invasion; mais je n'ai pu le vérifier qu'une fois, à l'occasion de l'angine.

5° Dans l'inflammation de poitrine, pleurésie, péripneumonie; c'est ici le triomphe de la lancette, dit l'école. Oui, sans doute, elle est utile, nécessaire même, quand on n'a pas d'autres moyens à sa disposition. Peut-être, comme je l'ai dit, est-elle utile comme accessoire; mais toujours curative, non, mille fois non. Je ne me rappelle pas sans effroi le nombre des victimes de cette maladie, malgré les saignées, et probablement à cause des saignées, parce que considérant ce moyen comme le principal, l'unique même, on le répète, ne faisant presque pas autre chose, jusqu'à ce que la détente arrive; et si elle n'arrive pas, il est trop tard.

Dans tous les temps, on a cependant reconnu des pleurésies qui repoussent la saignée. Baglivi dit que dans la fausse pleurésie, la saignée est nuisible; il emploie les délayans, les purgatifs. La péripneumonie compliquée de fièvre intermittente pernicieuse, si bien décrite par Morton et Alibert, se guérit par le quinquina, malgré la fièvre, le point de côté, le crachement de sang; la saignée la rend incurable. Une autre inflammation de poitrine est celle qui attaque les ivrognes que la saignée tue. Enfin une foule de circonstance rendent le diagnostic des inflammations de poitrine difficile; ce qui a fait dire à Baglivi : *O quantum difficile curare morbos pulmonum! O quanto difficilius eosdem cognoscere; fallunt vel peritissimos ac ipsos medicinæ principes!* Ajoutez l'expérience que tout praticien de bonne foi a dû faire, en voyant si souvent trompé l'espoir qu'il avait en la saignée, contre la maladie qui nous occupe; ensuite l'inutilité des autres moyens, lorsqu'on a affaibli le pleurétique au point de rendre toute réaction impossible; ce qui fait dire à Baillou: *Naturam impedimus, unde nil mirum si multi moriuntur.*

Enfin, si l'inflammation affecte les deux poumons, Stoll assure qu'une mort prompte est inévitable; car ni la saignée, ni les antiphlogistiques ne peuvent alors aider la nature.

La saignée n'est donc pas le remède principal des inflammations, elle n'est qu'accessoire, palliative; elle n'a d'action que contre un élément de la maladie, sa partie matérielle, mais non point contre l'élément réel, contre son essence, sa nature intime.

Aussi a-t-on beaucoup cherché d'autres moyens. Mascagny nous vante le carbonate de potasse. Richter, Rasori, Peschier, triomphent de la pneumonite avec l'an-

timoine tartareux; d'autres ont donné le musc, le camphre, le mercure; le peuple joue quelquefois quitte ou double avec les cordiaux, les stimulans, et ne perd pas toujours. Enfin, chacun a eu du succès, lorsque le moyen employé s'est trouvé par hasard homœopathique avec la maladie.

Honneur, gloire éternelle à l'auteur de l'homœopathie, dont le génie a découvert un remède assuré contre le mode phlogistique pur, contre l'inflammation exquise. Cette seule découverte, qui n'est qu'un fleuron de sa couronne d'immortalité, aurait suffi pour éterniser son nom. Oui, l'*aconit* est vraiment ce moyen héroïque beaucoup plus sûr que la saignée, sans en avoir les inconvéniens. Il décompose sûrement, promptement, j'ajoute agréablement, cette concentration de toutes les puissances vitales sur un point de l'organisme.

Que les détracteurs de l'homœopathie viennent assister à l'administration de l'*aconit* dans un cas de péripneumonie vraie à son début, et avant que l'organe qui en est le siége ait déjà subi un commencement d'altération un peu grave; au bout de quelques heures, ils s'en iront, sinon convertis, du moins fortement ébranlés dans leur antique croyance et dans leur confiance exclusive à la saignée; car ils verront, non pas un soulagement passager et momentané, mais une guérison franche, durable, qui laissera à peine un jour de convalescence. Ce que j'avance, je l'ai vu à plusieurs reprises et toujours avec une nouvelle admiration. Je sais bien qu'il n'en est pas toujours ainsi, quand on n'a pas été appelé dès le début.

M. le docteur Convers nous a lu, dans une de nos réunions, des observations pleines d'intérêt et de franchise, par lesquelles il nous a fait voir que l'*aconit* lui a souvent été infidèle, et qu'il avait dû recourir à la saignée : à cette occasion, il a remarqué qu'une seule saignée suffisait ensuite pour maîtriser l'inflammation.

Je ne puis expliquer ce fait : toutefois il est bon de remarquer que si l'inflammation a duré quelque temps, l'*aconit* l'arrête bien également, mais il reste encore de la toux, de la douleur, qui réclament un autre remède, tels que *scilla*, *bryonia*. D'autres fois l'inflammation est intense, il faut répéter deux, trois fois l'*aconit*. Une complication psorique ou autre, demande toute l'attention du médecin. Enfin, il est des cas d'une telle gravité, tels que ceux signalés par Stoll, qu'il faudrait y employer toutes les ressources qui peuvent être utiles, et c'est alors que je n'hésite pas à pratiquer une saignée, qui ne soulage que momentanément, il est vrai, mais pendant ce temps, l'*aconit* a celui de produire son effet curatif.

J'aurais pu joindre un bon nombre d'observations à l'appui de ce que je viens de dire; mais ce court résumé suffit pour établir l'incontestable supériorité de l'*aconit* sur la saignée. C'est surtout dans ce temps où presque toutes les maladies sont considérées comme des inflammations, des irritations locales, généralisées ensuite, et où l'on fait un si étrange abus des émissions sanguines, qu'il faut proclamer presque à satiété ces beaux et heureux résultats de l'homœopathie.

Je ne parlerai point ici des prétendues inflammations gastriques qui n'ont rien de commun ni avec la saignée, ni avec l'*aconit*, dans le plus grand nombre des cas; du moins, je n'en ai pas vu : mais je dirai un mot sur l'hépatite.

6° L'aconit est indispensable, au début, s'il y a fièvre et jaunisse : les spécifiques tels que *nux vomica*, *mercurius*, *pulsatilla*, etc., réussissent mieux ensuite. En général, il y a avantage à donner l'*aconit* quand le pouls est plein, dur et fréquent avec soif, chaleur, lors même que l'on croirait pouvoir s'en passer, parce que son action étant prompte et de courte durée, l'on ne perd pas beaucoup de temps avant d'administrer ensuite les remèdes appropriés aux autres symptômes. Il faut avouer qu'en général l'on a moins abusé de la saignée dans les inflammations du foie; on a bien vu que son abus conduisait à l'hépatite chronique et à l'hydropisie; mais surtout l'on a employé de bonne heure le calomel, l'émétique, qui ont souvent réussi parce qu'ils sont souvent homœopathiques.

J'ai dit que je ne rapporterais pas d'observations, pour ne pas abuser de votre patience par des détails fatigans; cependant je ne puis passer sous silence le cas d'une dame âgée de 80 ans, qui, traitée allopathiquement en 1829 d'une hépatite, ne s'était jamais complètement remise; après trois mois de maladie et malgré l'usage des eaux de St.-Gervais prises l'année suivante, le foie était resté douloureux, la peau souvent ictérique, les digestions laborieuses, etc.

L'hiver de 1832, la maladie se montra de nouveau, avec une intensité alarmante. Ce n'était plus le cas d'employer les émissions sanguines avec un corps usé, fatigué, non rétabli de la première atteinte. J'employai donc l'*aconit* alterné avec les spécifiques appropriés. La maladie dura dix jours : et malgré l'âge avancé de la malade, la convalescence fut courte, parce qu'elle n'avait pas été affaiblie par un traitement débilitant. Dès lors la malade jouit d'une santé parfaite qu'elle ne connaissait pas depuis long-temps.

7° Dans le rhumatisme aigu, je n'ai pas besoin de rappeler ici l'obscurité profonde qui règne sur la nature du rhumatisme et par conséquent sur l'incertitude du traitement. Vogel dit que c'est une matière morbifique; Cullen une rigidité des muscles jointe à l'atonie; Barthez une force de situation fixe; Chomel une inflammation des muscles; un autre celle des articulations; Roche pense que la goutte et le rhumatisme sont une seule et même maladie; quand il se porte sur les viscères, on ne sait plus quel nom lui donner. De là la difficulté de le placer dans un cadre nosologique. Toutes ces savantes investigations n'ont pas beaucoup avancé la thérapeutique du rhumatisme. Chaque auteur prescrit un traitement en harmonie logique avec ses idées; tous reconnaissent un élément inflammatoire. Par conséquent tous prescrivent les émissions sanguines; aucun ne s'est borné à ce moyen; plusieurs signalent même le danger des saignées copieuses : Lieutaud a remarqué qu'elles rendent le mal plus rebelle, ne peuvent qu'énerver la constitution et empêcher la solution heureuse de l'engorgement rhumatique

On a donc cherché, ou plutôt le hasard ou les pratiques populaires ont fait découvrir des remèdes contre le rhumatisme. Storck a vanté la ciguë, l'aconit; Sauvage la jusquiame; Munk la belladone; Muller la clematite; Husdon le colchique. Barthez qui recommande aussi l'aconit, n'hésite pas à considérer tous ces remèdes agissant par une propriété spécifique, ayant une action directe pour changer l'état des forces vivantes; ils se plaint de ce que le moment de leur administration n'a pas été suffisamment déterminé. Barthez était là sur la voie de la spécificité; et aussi quand il conseille la douce-amère, il ajoute que si l'on employait plus souvent ces moyens comme spécifiques, dans le traitement du rhumatisme aigu, l'on serait moins souvent obligé d'avoir recours à la saignée; il rapporte même des cures nombreuses opérées par Lobb et autres qui n'employaient jamais la saignée, se bornant aux cordiaux, aux échauffans; d'où il conclut que la nature est bien puissante pour pouvoir guérir les malades, malgré les obstacles que le médecin lui oppose.

Dans ce dédale, quel parti prendre? Dans ce labyrinthe de contradictions, quelle méthode rationelle ou empirique choisir? Barthez me la fait apercevoir, Hahnemann me l'a tracée. Ce sera la méthode qui, sans se perdre à la recherche de la cause et de la nature du rhumatisme, que l'on ne découvrira jamais, se borne à le guérir, en lui opposant des modificateurs capables de produire sur l'homme en santé, des douleurs et des symptômes semblables; *similia similibus*.

Dans le traitement du rhumatisme aigu, j'ai toujours débuté par l'antiphlogistique par excellence, l'*aconit*, et cela avec un succès étonnant, au point que dans un cas récent, chez une fille de six ans, je n'ai pas eu besoin d'employer d'autres remèdes. Cependant ces cas doivent être rares; car l'*aconit* n'est pas le spécifique le mieux approprié aux douleurs, mais seulement pour combattre l'élément inflammatoire, la réaction sanguine; après lui viennent *bryonia*, *rhus*, *dulcamara*, etc. Je puis certifier que les rhumatismes ainsi traités, se sont toujours dissipés dans l'espace de huit à quinze jours. Dans un cas, pour une demoiselle de 17 ans, qui avait été traitée allopathiquement pendant les douze premiers jours, le traitement homœopathique fit ensuite beaucoup de bien pour calmer la fièvre et les douleurs, mais la maladie entière n'en dura pas moins de deux mois. Dans les autres cas de rhumatisme aigu par cause accidentelle, je puis certifier que par la méthode homœopathique, la guérison a toujours été prompte et durable. Je suis même convaincu que c'est dans le traitement des affections appelées rhumatismales, que l'homœopathie manifeste son évidente supériorité sur sa rivale, avec le plus d'éclat.

8° Dans les inflammations cutanées, l'érysipèle par exemple, j'employais dans les commencemens la *belladona* avec un succès douteux, je m'en suis plaint souvent à nos collègues; mais depuis que j'ai débuté par *aconit*, *belladona*, *rhus* et *pulsatilla* suivant les cas, administrés peu de temps après le premier, n'ont jamais manqué de produire une guérison prompte.

9° L'action de l'*aconit* contre le pourpre miliaire tient presque du merveilleux; il n'est guère moins admirable, alterné avec la *pulsatilla*, contre la rougeole.

Je m'arrête; il faudrait un volume pour spécifier les cas où l'*aconit* est précieux, même dans les maladies chroniques, où il y a des momens d'acuité; il a tous les avantages de la saignée, et de plus qu'elle, celui d'anéantir le type inflammatoire pur dans son essence, dans sa nature inconnue.

Il n'entre pas dans mon plan de développer l'action pathogénétique de l'*aconit*, ni son emploi dans les symptômes maladifs qui lui correspondent; je n'ai voulu que jeter un coup-d'œil sur son action antiphlogistique comme remplaçant la saignée avec un avantage incontestable.

Seulement j'ai émis un doute sur la convenance de proscrire entièrement la saignée, du moins dans l'état actuel de la science. Je laisse à d'autres plus forts d'expérience, le soin de décider cette grande question, qu'il faudra traiter sans prétention et sans esprit systématique, dans la seule vue de découvrir la vérité. Mais au point où nous sommes parvenus, l'on ne peut déjà que rendre grâce à la Providence, d'avoir revelé à notre grand Hahnemann, le moyen de guérir ou de soulager l'humanité souffrante, sans verser des flots de ce fluide vivifiant, qui porte la nutrition, la chaleur et la vie dans toutes les parties de l'organisme.

CHUIT

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE

MÉDECINE.

OCTOBRE 1834.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

—

LEÇONS DE CLINIQUE CHIRURGICALE. — Observations et réflexions sur le déplacement de la tête du fémur dans la fosse iliaque externe et l'échancrure sacro-sciatique; par M. GERDY, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, professeur de pathologie externe à la Faculté de Médecine. Recueillies et publiées sous ses yeux par M. BEAUGRAND, son élève interne.

Il y a plusieurs espèces de luxations coxo-fémorales, et, comme nous le verrons plus loin, on peut en compter jusqu'à cinq. Il ne sera question ici que de la luxation en dehors et en haut, et de celle en arrière; un heureux hasard nous ayant permis d'en observer simultanément deux exemples fort curieux.

1° *Luxation de la cuisse en haut et en dehors.*

Observation. — Le mercredi 16 juillet on reçut d'urgence dans mon service, le nommé Huet (Jules) marchand ambulant, âgé de 46 ans, d'une bonne constitution, se plaignant d'une douleur très-vive dans la hanche gauche, avec impossibilité de mouvoir le membre de ce côté et de s'en servir pour la marche. Interrogé par nous, le lendemain matin 17, sur les causes de son mal, il nous rendit compte des circonstances suivantes. Quelques heures avant son entrée à l'hôpital, il traînait une petite voiture à bras chargée de légumes, lorsque celle-ci ayant été heurtée par une charette fut renversée brusquement. Dans cette chute le brancard du côté gauche vint frapper avec force de dedans en dehors le genou correspondant, et porta le membre dans une adduction forcée. Huet fut jeté violemment à terre, et quand on le releva, les accidens ci-dessus mentionnés le décidèrent à se faire transporter à l'hôpital Saint-Louis.

Voici maintenant l'état dans lequel il était lorsque nous l'examinâmes :

Coucher sur le côté droit; le membre inférieur de ce côté est légèrement fléchi pour offrir des points d'appui à celui du côté blessé. La cuisse gauche est fléchie sur le bassin, et la jambe l'est sur la cuisse. Le genou est porté en dedans ainsi que le pied. Mesurant comparativement les deux membres, nous trouvons à gauche un raccourcissement d'un pouce et quelques lignes. La fesse est tendue, saillante; son pli, en partie effacé, est remonté d'un pouce environ. Le grand trochanter se sent au-dessus du lieu qu'il occupe ordinairement. Il est aussi plus rapproché de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Pour bien juger ces changemens de situation, il faut en même temps examiner l'état des parties sur la hanche saine. L'épaisseur des muscles fessiers ne permet pas de sentir la tête du fémur. Les mouvemens de flexion et ceux d'abduction sont presque impossibles Le malade jette les hauts cris dès que le membre est porté dans ce sens. On peut, sans causer trop de douleur, ramener la jambe et la cuisse à une extension presque complète, et alors quelques tractions modérées étant exercées elles n'occasionent pas de souffrances bien vives, mais ne changent en rien les rapports du grand trochanter; il reste toujours à la même hauteur. Tout mouvement, autre que celui par lequel la cuisse et la jambe étendues sont ramenées à une demi-flexion, est complètement impossible, et le membre tombe dans l'adduction et la rotation en dedans plutôt qu'il n'y est porté par l'influence de la volonté. A ces symptômes ajoutons l'absence de toute crépitation, et nous aurons acquis la certitude qu'il s'agit, non pas d'une fracture du col du fémur, mais d'une luxation de la cuisse dans la fosse iliaque.

Le malade avait été saigné la veille au moment de son entrée; nous pûmes donc tenter sur-le-champ la réduction.

Huet fut couché sur une table recouverte d'un matelas, et adossée à un pilier, autour duquel on noua solidement un drap plié en cravate passant sous le périnée du blessé. Un second drap placé transversalement autour du bassin et fixé de la même manière servait à maintenir la partie inférieure du tronc. Cela fait, j'appliquai les deux chefs d'une alèze pliée comme les précédentes, l'un sur la partie interne, l'autre sur la partie externe de la jambe et de la cuisse, de manière que les extrémités aboutissent à la partie la plus élevée du membre. Ces chefs furent maintenus à l'aide d'une grande bande roulée à partir du pied, et s'étendant au-dessus du genou jusqu'au quart inférieur de la cuisse. Les bouts du drap dépassant ce point furent rabattus sur les parties inférieures et renfermés sous de nouveaux circulaires. Les points d'action du lacs extenseur se trouvaient de la sorte répartis sur

la jambe, le genou et la partie inférieure de la cuisse.

Alors je fis pratiquer l'extension, non pas parallèlement à l'axe du corps, mais un peu obliquement en avant, tandis que je refoulais la tête du fémur dans le même sens, de manière à la rejeter dans sa cavité. Au bout d'un instant un *choc* se fit entendre. Les efforts d'extension aussitôt suspendus, nous examinâmes le membre, et nous reconnûmes qu'il avait repris ses rapports normaux. Les mouvemens, impossibles l'instant d'auparavant, s'accomplissaient alors sans douleur, mais seulement avec un peu de gêne et de raideur.

Huet reporté dans son lit, on plaça entre ses jambes un coussin de balle d'avoine, et on les emmaillota avec une bande de cinq aunes. La journée se passa parfaitement, seulement le malade n'urina pas, et le lendemain matin on fut obligé d'avoir recours à la sonde pour débarrasser la vessie, malgré les lavemens émolliens et les bains de siége. Cette rétention persista pendant les trois jours suivans. Le 22, l'émission commença à se faire, mais goutte à goutte d'abord; bientôt le jet devient plus fort, et le mardi 23 tout était rentré dans l'état ordinaire. Vers les premiers jours d'août l'appareil fut enlevé, et le malade commença à marcher. Le 4 août, les forces étaient si bien recouvrées, qu'il pût quitter l'hôpital, vingt jours après son accident.

La *cause* de cette espèce de luxation consiste dans l'adduction forcée du membre qui passe devant l'opposé en le croisant, et dans l'effort simultané du tronc pour se porter en bas, qu'il soit précipité par une chute ou par une violence quelconque.

Les auteurs, tout en convenant de la fréquence des luxations de la cuisse en haut et en dehors, ont beaucoup insisté sur les nombreuses raisons qui les portaient à penser qu'elles devaient être plus difficiles à produire que les autres. Ainsi ils ont fait remarquer, 1° la saillie considérable de la cavité cotyloïde en haut et en dehors; 2° la plus grande épaisseur en ce point du ligament orbiculaire; 3° la résistance opposée par le ligament rond qui, dans cette luxation, doit être rompu; 4° le peu d'étendue des mouvemens d'adduction dont l'exagération produit le déplacement; 5° la force et l'épaisseur des muscles fessiers qui couvrent la partie supérieure et externe de la cavité cotyloïde et doivent faire obstacle à la sortie de la tête du fémur dans ce sens. Mais il ne suffisait pas d'examiner la disposition anatomique des parties, il fallait rechercher comment elles étaient mises en jeu, et ce qui se passait dans l'articulation lors de l'inclinaison de la cuisse en dedans: c'est ce que j'ai fait et voici ce que j'ai observé (1). Lorsque l'on porte fortement le fémur en dedans, la tête de cet os glisse de bas en haut dans la cavité cotyloïde en tournant autour d'une ligne qui la traverserait d'avant en arrière et un peu en bas. Par ce mouvement, la tête du fémur entraîne en haut l'extrémité supérieure du ligament inter-articulaire qui, retenu par en bas au bord même de la cavité cotyloïde, se tend bientôt et se redresse. Si le mouvement continue, elle repousse le fémur hors de sa cavité articulaire, à-peu-près par le même mécanisme qu'il en serait repoussé si l'on tendait, avec une force suffisante, une corde qui, fixée au bord de la cavité cotyloïde, la traverserait d'un côté à l'autre par le milieu de sa largeur..... Le fémur ainsi chassé de sa cavité, « le ligament inter-articulaire et la partie supérieure de la capsule ligamenteuse coxo-fémorale sont obligés de soutenir le poids du corps, sans le secours tout puissant du rebord supérieur de la fosse cotyloïde; » et si alors l'action du poids du corps se trouve augmentée par la vîtesse d'une chute, ces ligamens peuvent se rompre, et la luxation en haut et en dehors en être la suite immédiate. Si, à ces premières observations sur le mécanisme des luxations en haut et en dehors, vous ajoutez que les mouvemens d'adduction sont peu étendus, comparativement à ceux d'abduction, vous concevrez facilement qu'il doit se trouver plus de causes pour pousser la cuisse dans une adduction excessive, et dès-lors vous comprendrez pourquoi les luxations du fémur en haut et en dehors sont moins rares que celles qui se font en haut et en dedans. De ces considérations il résulte clairement que le rebord supérieur de la cavité cotyloïde ne saurait être un obstacle, puisque le moindre effort d'adduction fait sortir la tête du fémur hors de la cavité, et, chose remarquable, que le ligament rond, loin de s'opposer au déplacement, est, au contraire, l'agent qui le produit.

Symptômes. La tête du fémur une fois sortie de sa cavité, est entraînée en haut et en dehors par l'action des muscles fessiers, et vient se placer à une hauteur plus ou moins considérable entre la fosse iliaque externe et ces masses charnues. Dans cette situation les muscles fessiers ont bien leurs attaches inférieures remontées, mais la tête du fémur qu'ils enveloppent les soulève et les distend, ce qui compense au moins en partie ce rapprochement de leur insertion. Il n'y a donc pas relâchement proprement dit, comme l'avance Boyer (1); et, d'un autre côté, il n'y a pas non plus tiraillement, comme le veut Pouteau (2). Nous avons vu que chez notre malade le grand trochanter était tourné en avant et en dedans et la tête du fémur en arrière; de cette situation de l'extrémité supérieure du fémur, résulte une rotation générale du membre en dedans, c'est ce qui arrive toujours, et ce que les auteurs ont assez mal expliqué. Ainsi J. L. Petit prétend que cette position provient du relâchement des fessiers et de la contraction du triceps. Nous avons vu ce qu'il fallait penser de ce relâchement des fessiers; quant au triceps, les anciens nommaient ainsi, non-pas le trifémoro-rotulien, mais les trois adducteurs; or ces muscles ne sont pour rien dans les mouvemens de rotation de la cuisse en dedans, ils ne peuvent produire que la rotation en dehors, et de plus, leur attache inférieure étant remontée et l'adduction en dedans persistant après la luxation, ils doivent être évidemment raccourcis et relâchés; car il faut à peine tenir compte ici de la quan-

(1) Voyez ma Physiologie, T. I.er, p. 553.

(1) Traité des maladies chir., T.

(2) Mélanges de chir., p. 244.

tité dont la ligne âpre s'est portée en dehors par suite de la rotation en dedans. M. Boyer convient qu'il est très-difficile de se rendre compte de cette situation, puisque les muscles rotateurs en dehors sont tendus et les rotateurs en dedans relâchés, et il cherche à résoudre la difficulté, en disant que la portion antérieure de la capsule articulaire qui n'a pas été rompue et qui, comme chacun sait, est très-résistante, retient en dedans le grand trochanter. Voici le véritable mécanisme de ce phénomène. La tête du fémur qui s'échappe par la partie supérieure et postérieure de sa cavité, glissant sur une surface osseuse inclinée en arrière et en dedans, suivra nécessairement la même direction. En outre, le grand trochanter se trouve placé entre deux puissances : l'une (ce sont les rotateurs en dehors) tend à l'entraîner en arrière; l'autre (ce sont les rotateurs en dedans) le tire dans le sens opposé. Or, pour qu'il obéit à la première il faudrait que les rotateurs en dedans fussent déchirés et rompus, ainsi que la portion restée intacte de la capsule fibreuse, et les rotateurs en dehors ne l'emportent pas assez sur leurs antagonistes pour produire une pareille violence. Il restera donc maintenu en avant, et l'axe du col du fémur sera parallèle à la direction de la fosse iliaque externe.

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic différentiel de cette luxation de la cuisse avec la fracture du col du fémur, on le trouve partout. Nous ferons seulement remarquer, relativement à la cause, que si le malade est tombé sur la hanche, accident qui détermine le plus souvent la fracture du col du fémur, cette chute a été le résultat d'une violente impulsion qui a porté la cuisse dans une adduction forcée; et, nous l'avons vu, l'effet de ce mouvement quand il est exagéré, c'est de produire la luxation en haut et en dehors.

Le malade qui fait le sujet de cette observation nous a présenté une particularité assez curieuse, je veux parler de la rétention des urines. Hippocrate (T. Ier *Lib. de Articulis. Ed. de Haller*, pag. 385) avait mentionné cet accident en parlant des luxations en avant. Voici ses expressions : « *Et urina imprimis supprimitur aliquanto magis quam in aliis luxationibus*. Il avait donc observé cette rétention dans d'autres cas : tous les auteurs qui ont écrit depuis ont répété la même remarque, et ce n'est que dans ces derniers temps que les chirurgiens, entr'autres MM. Boyer et Sanson, l'ont revoquée en doute. Quant à nous, il nous suffira d'avoir constaté le fait sans chercher à l'expliquer. On voit du reste que ce phénomène s'est dissipé en quelques jours. Il ne doit donc inspirer aucune inquiétude.

La maladie *a marché*, comme cela a lieu dans toutes ces luxations réduites : la guérison a été parfaite en peu de jours.

Traitement. — D'après les procédés que nous avons mis en usage pour pratiquer l'extension chez ce malade, on reconnaît que nous n'avons pas suivi les préceptes donnés par les auteurs. Si nous consultons les ouvrages modernes et la pratique généralement suivie de nos jours, nous voyons que les Français recommandent d'appliquer le lacs extenseur autour des malléoles, tandis que les Anglais, suivant l'ancienne méthode, conseillent de l'attacher au-dessus du genou. Sur quelle raison est fondée cette divergence d'opinions? L'application de la force extensive sur l'os luxé lui-même a été professée de toute antiquité, sauf pourtant quelques exceptions, comme nous le dirons bientôt. J. L. Petit (1) et Duverney (2) l'avaient adoptée, et donnaient pour raison qu'appliquée plus loin, une partie de la force est perdue dans l'articulation intermédiaire. Pott (3), dans ses *Remarques sur les luxations*, exagère encore cet inconvénient. Enfin tel était le procédé généralement suivi dans le siècle dernier, lorsque Dupouy, membre de l'Académie royale de chirurgie, lut dans le sein de cette Société célèbre plusieurs observations de luxations de la cuisse et du bras, dans lesquelles la réduction avait été obtenue avec une extrême facilité au moyen de l'extension pratiquée sur l'extrémité inférieure du membre qui s'articule avec l'os déplacé. Fabre (4) se déclara partisan de la méthode de Dupouy, et expliqua les succès obtenus par ce chirurgien, en disant que, lorsqu'on applique les puissances extensives sur le membre luxé, l'effort n'est pas immédiatement porté sur l'os, mais qu'il agit d'abord sur les muscles qui l'entourent sans s'attacher à lui; de là ressortait une remarque qui ne pouvait pas échapper au célèbre partisan de l'irritabilité; c'est que les muscles ainsi tiraillés devaient se contracter avec plus d'énergie et nuire ainsi à la réduction. Les fauteurs de la nouvelle méthode ont dit en outre qu'en attachant le lacs à l'extrémité inférieure du membre qui s'unit à l'os luxé, on agissait sur un bras de levier plus long; c'est une grave erreur; il n'y a point là de levier, mais seulement ce qu'en mécanique on appelle un *couple*. Ici deux forces, l'extension et la résistance des muscles attachés à l'extrémité de l'os agissent en sens opposés aux deux extrémités d'une droite représentée par le membre à réduire et dans la direction de cette droite. Que les points d'application de ces forces soient rapprochés ou éloignés, leur action sera toujours la même; car, comme on le dit en statique, il n'y a pas de raison pour qu'il en soit autrement; ce qu'il faut, c'est que l'extension soit plus forte que les puissances musculaires qui lui sont opposées; c'est là la seule condition nécessaire.

Comme cela arrive presque toujours, les partisans d'une méthode exagèrent et ses avantages et les inconvéniens de la méthode opposée (5). Ainsi on a eu raison de dire qu'en exerçant l'extension loin de l'os luxé, l'articulation intermédiaire devait être tiraillée; mais on a eu tort de prétendre que presque toute la force était employée à distendre ses ligamens; et, d'un autre côté, on n'a pas remarqué qu'en appliquant la force extensive au-dessus des condyles, le lacs ne portait

(1) Traité des Mal. des os, T. I.er, p. 32.
(2) Ibid., T. II, p. 36.
(3) OEuvres chir. . T. II ; p. 484.
(4) Essais de physiologie, p. 238.
(5) Gerdy, Bandages, préface, page XII.

que sur les portions tendineuses des muscles qui du bassin se rendent à la jambe, et dont la contraction ne saurait nuire aux efforts de réduction; mais l'effort est transmis presque immédiatement à l'os.

Si l'on eût consulté les auteurs de l'antiquité, on eût vu qu'ils suivaient une méthode plus simple. Ainsi Hippocrate (1) dit : « *Oportet non solum juxta pedem vincula alligata esse sed etiam super genu quo non magis circa articulum sit diligatio in extensione quam circa coxæ articulum.* » Paul d'Egine (2) répète le même précepte. Nous avons fait plus encore en fixant le drap depuis les malléoles jusqu'au-dessus du genou; nous avons appliqué à l'extension passagère pour la réduction, les préceptes posés par M. Boyer pour l'extension continue, et qui consistent à répartir les moyens d'action sur les plus larges surfaces possibles. Du reste, quant à la force elle-même, trois aides ont suffi, et la réduction a été obtenue en un instant, et avec une très-grande facilité.

2° *Luxation en arrière, consécutive à une luxation en arrière et en haut.*

Nous allons actuellement passer à une observation curieuse sous plusieurs rapports, et surtout en ce qu'elle nous offre un exemple d'une lésion assez rare pour avoir été considérée comme imaginaire par beaucoup d'auteurs recommandables.

Bernard, âgé de 31 ans, carrier, doué d'une vigoureuse constitution, était occupé, le 27 juillet 1834, au matin, à travailler dans un cavage, lorsqu'une grosse pierre plate se détacha de la voûte, tomba de champ, le long de sa jambe gauche, et, se renversant sur lui, le heurta violemment à la partie externe du genou; le membre ayant été fortement porté en dedans par ce choc, Bernard fut jeté à terre. Retiré immédiatement par ses camarades, il s'aperçoit que la cuisse du côté blessé est raccourcie et notablement inclinée vers l'autre. On le transporte aussitôt dans sa demeure, et on fait venir un médecin : celui-ci, reconnaissant une luxation, tente la réduction d'après les moyens ordinaires : un *craquement* et un changement dans la situation font croire que la tête de l'os est rentrée dans sa cavité. Cependant le malade souffre encore beaucoup dans la hanche; il ne peut mouvoir son membre; ces accidens sont attribués à la contusion, et il est conduit à l'hôpital Saint-Louis. *Vendredi, 18 juillet, à la visite.* — Bernard se présente à nous dans l'état suivant : il est couché sur le dos, mais un peu penché du côté droit : les deux cuisses à demi-fléchies sont rapprochées l'une de l'autre, de telle sorte que les genoux se touchent : toutefois on remarque que le genou gauche est porté en dedans, et que le bord interne de la rotule de ce côté appuie sur la partie latérale interne de l'articulation tibio-fémorale droite. Le pied ne participe pas à ce mouvement de rotation en dedans; en effet la jambe, à partir du genou, s'éloigne à angle aigu de celle du côté opposé, et le pied repose sur son talon sans être incliné ni en dedans ni en dehors. Mesuré dans cette situation à l'aide d'un lien qui, de l'épine iliaque antérieure et supérieure, allait se rendre à la partie la plus saillante du condyle externe du fémur, la cuisse malade présenta sur celle du côté sain une diminution de longueur d'un pouce environ. Les deux membres étant étendus ou presque étendus, car cette situation est excessivement douloureuse pour le malade, le raccourcissement paraît beaucoup moindre; il n'est alors que de quelques lignes. La fesse n'est pas beaucoup plus saillante que celle du côté opposé; elle l'est cependant d'une manière appréciable; mais les muscles ne sont pas dans ce degré de tension qui accompagne d'ordinaire la luxation en dehors et en haut. Le pli de la fesse est très-peu marqué, il est sensiblement remonté. Si l'on examine des deux côtés la situation du grand trochanter par rapport à l'épine iliaque antérieure et supérieure, on voit que du côté gauche il est plus haut et plus en arrière, mais de quatre à cinq lignes seulement. Chez une personne bien conformée, quand elle est debout, on observe en arrière du grand trochanter une fosse ovalaire dirigée verticalement, et dont on pourra voir la description dans mon *Anatomie des formes*, pag. 160. Quand la cuisse est fléchie, cette dépression s'efface par la tension de la peau de la fesse et le changement de situation du grand trochanter; mais en pressant avec les doigts là où elle existait, les tissus s'enfoncent avec facilité, et aucune éminence résistante ne vient se manifester sous les tégumens. Ici, au contraire, on sent une saillie osseuse arrondie dont le volume ne semble pas égal à celui de la tête du fémur; mais l'épaisseur des parties qui la séparent de la main ne permet de la circonscrire que dans une portion très-peu considérable de son étendue.

Les mouvemens communiqués aux membres, hors ceux d'une légère rotation en dedans et la flexion de la cuisse, sont excessivement douloureux; la jambe même ne peut être entièrement étendue. Lorsque, en faisant beaucoup souffrir le malade, on est parvenu à étendre le membre, il le ramène lui-même dans la flexion, et, lorsqu'il le veut, l'empêche de retomber dans la rotation en dedans, mais bientôt les parties reprennent la situation que nous avons décrite plus haut.

L'ensemble des circonstances commémoratives et des symptômes observés, l'absence de toute crépitation, excluaient l'idée d'une fracture du col du fémur; on avait donc affaire à une luxation, et, comme l'indiquait la position des parties, à une luxation dans l'échancrure sacro-sciatique.

Restait une autre question à examiner : le déplacement était-il primitif, comme A. Cooper et Billard en ont donné des exemples authentiques, ou bien était-il consécutif, comme le veulent quelques chirurgiens, (Boyer, Richerand, etc.), mais sans apporter à l'appui de leur opinion d'autres preuves que des raisonnemens. Je crois que l'histoire de notre malade vient parfaitement confirmer cette seconde manière de voir, et lui

(1) Loc. cit., p. 397.

(2) Traduct. de Dalechamps, chap. CXVIII, p. 865.

donner, ce qui lui avait manqué jusqu'à ce jour, l'autorité d'un fait. Examinons ce qui s'est passé chez Bernard : la cuisse gauche est portée dans une *forte adduction*, aussitôt *raccourcissement et rotation du membre en dedans*. Un médecin diagnostique une luxation, fait exercer par des personnes inexpérimentées (les camarades du blessé) des tractions sur la jambe; un craquement se fait entendre, et le membre a repris presque complètement sa longueur naturelle, mais il y a encore de la douleur et une impossibilité presque absolue d'exécuter certains mouvemens. N'est-il pas très-probable, 1° qu'une luxation en dehors et en haut, c'est-à-dire dans la fosse iliaque externe, s'est effectuée lors de l'accident; 2° que des tractions violentes ont entraîné en bas la tête du fémur, et que celle-ci, glissant sur le plan incliné situé derrière la cavité cotyloïde, sera venue se placer dans l'échancrure sacro-sciatique?

Une saignée de trois palettes et un bain sont ordonnés dans le but d'affaiblir le malade; le soir, vers les cinq heures on procède à la réduction.

Le malade est couché sur le côté droit, sur une table couverte d'un matelas: une alèze pliée en forme de cravate embrasse transversalement le bassin par une anse dont la partie moyenne porte sur l'espace compris entre les deux épines iliaques, et dont les chefs vont s'attacher à un pilier situé à côté de la table et derrière le patient: une seconde alèze est placée comme la précédente, mais les bouts sont dirigés en bas et confiés à un aide qui doit maintenir le bassin immobile pendant les manœuvres de l'extension. Prenant un troisième drap, j'en applique les chefs le long de la face interne et de la face externe de la cuisse, de sorte que les extrémités aboutissent, l'une au niveau du grand trochanter, l'autre jusqu'au périnée: ces chefs sont assujétis autour de la *moitié inférieure* de la cuisse par un bandage roulé bien serré, commençant au-dessus du genou; les extrémités du drap qui s'étendent, comme nous l'avons dit, jusqu'à la partie supérieure du membre, sont rabattues sur les circulaires, et fixées à l'aide de nouveaux tours de bande. La partie moyenne de l'alèze forme ainsi au-dessous du genou une anse, sur laquelle les aides doivent tirer pour pratiquer l'extension. Tout étant disposé de la sorte, je me plaçai à genoux sur le lit, afin de diriger les efforts et de favoriser la réduction en agissant sur la tête du fémur pour la refouler dans sa cavité. Les tractions furent exercées modérément et graduellement par trois aides, non pas dans la direction du déplacement, mais presque perpendiculairement à l'axe du corps; bientôt un craquement se fait entendre, on cesse les efforts, et le membre est examiné de nouveau. On voit alors que la tête du fémur s'est rapprochée de la cavité, mais qu'elle n'y est pas encore rentrée; on la sent plus distinctement derrière le grand trochanter; les mouvemens sont encore très-douloureux; de nouvelles tentatives dirigées de la même manière amènent promptement et avec très-peu d'efforts un heureux résultat: un *choc* cette fois est parfaitement entendu, et les manœuvres, cessées sur le champ, permettent d'examiner le membre qui présente alors toutes les conditions d'une situation normale.

Le malade est recouché, les jambes sont maintenues comme chez notre premier malade. Au bout de neuf jours les mouvemens s'exécutent avec facilité; il peut se lever et marcher soutenu sur une béquille; enfin, le 5 août il sort parfaitement guéri.

On sait que, depuis J. L. Petit, un assez grand nombre d'auteurs ont nié l'existence de la *luxation en arrière*, et ici, se présente une question assez importante à examiner, c'est de savoir si les chirurgiens qui ont traité ce sujet ont bien tous entendu la même chose dans la description qu'ils ont donnée?

Hippocrate (1), qui en parle longuement, donne pour signes principaux: 1° la flexion extrême de la cuisse et de la jambe, avec impossibilité presque absolue de les étendre, surtout si la lésion est récente; 2° le raccourcissement du membre, et cela, dit-il, pour deux causes, « *et quod non extenditur, et quod ad natum carnem elapsum est;* » 3° la saillie que fait la tête du fémur à la partie postérieure des fesses. D'après des symptômes si clairement indiqués et ses deux mots sur le sens du déplacement, on voit qu'Hippocrate voulait parler de cette luxation en arrière dans laquelle la tête du fémur est portée sur le bord de l'échancrure sacro-sciatique: l'identité de ces détails avec les observations de sir A. Cooper, Billard et la nôtre, ne peuvent laisser le moindre doute à cet égard. Celse, Galien, Paul d'Egine, les Arabes, les auteurs du moyen âge, tous ont tracé une description calquée sur celle du père de la médecine, et en parlent comme d'une luxation rare, mais possible.

A. Paré (2), tout en disant que l'épaisseur du sourcil cotyloïdien en arrière doit rendre le déplacement difficile en ce sens, l'admet cependant, et lui assigne les mêmes caractères que les autres écrivains. Il faut arriver à J.-L. Petit pour trouver une dissidence marquée entre ce chirurgien et ceux qui l'ont précédé; il nie formellement (3) la possibilité de la luxation en arrière, et n'en donne même pas les symptômes. Duverney, qui écrivit peu de temps après Petit, croit à l'existence de cette lésion (4); mais, d'après quelques expressions assez vagues, « la tête du fémur se porte sur la *paroi de la tubérosité de l'ischion*» et, d'après les signes qu'il donne: un peu d'*alongement* quand le malade est couché, il semblerait que cet auteur a voulu parler de la *luxation en arrière et en bas*, qui n'est pas celle dont les anciens nous ont transmis la description. Après Duverney, B. Bell est, je crois, le premier qui ait désigné d'une manière précise (5) ces luxations en bas, quand il dit « *Je pourrais y joindre* (aux quatre espèces des auteurs) *la luxation directement en bas.* » Quelques lignes plus loin,

(1) *Lib. de articulis*, T. I.er, p. 381, édit. de Haller.
(2) Livre XVI, p. 595, édit. 1628.
(3) Maladies des os, t. I.er, p. 220.
(4) Maladies des os, T. II, p. 236.
(5) Cours de chir., T. VI, p. 147.

il avoue ne l'avoir jamais observée; il croit seulement qu'elle pourrait se rencontrer. Quant à la luxation en arrière, il la regarde comme fort rare; il pense que si elle avait lieu, elle aurait pour caractère l'alongement du membre: du reste, il n'a jamais vu que le déplacement sur le trou ovalaire. Remarquons en passant que ce chirurgien a été long-temps sans croire aux luxations de la cuisse (1), et l'on sait, d'après A. Cooper (2), qui le tenait de Cline, que S. Sharp n'a jamais voulu en admettre l'existence.

Arrivons à notre époque: Boyer, dont l'autorité est d'un si grand poids pour tout ce qui touche aux maladies des os, ne pensait pas que cette luxation fût possible primitivement; il se fondait (3) sur la disposition anatomique du bourrelet cotyloïdien déjà mentionnée par A. Paré, et l'impossibilité d'une flexion de la cuisse assez considérable pour produire ce déplacement. Suivant lui, on ne pouvait le rencontrer que succédant à une luxation en dehors et en haut, dans laquelle la cuisse déplacée serait, par une cause quelconque, fléchie et portée en dedans. Sa description diffère aussi de celle d'Hippocrate et des auteurs qui l'ont suivie. En effet, il considère (4) comme symptôme l'alongement du membre; plus tard il revient sur cette assertion. Je lis dans son *Traité des maladies chirurgicales* (5) « que, si cette luxation se rencontrait, la cuisse serait *plus courte*, *plus longue*, ou de même longueur que l'autre, suivant que la tête du fémur serait au-dessous, au-dessus ou au niveau de la cavité cotyloïde. » M. Richerand (6) partage complètement les opinions de M. Boyer.

A sir A. Cooper appartient donc, parmi les modernes, l'honneur d'avoir mis hors de doute la possibilité d'un déplacement en arrière. Dans un premier mémoire (7) sur les luxations en général et sur celle de la cuisse en particulier, il donne l'histoire de la luxation en arrière, spécifie parfaitement son siége qu'il fixe dans l'échancrure sacro sciatique, et lui reconnaît pour symptômes ceux que décrivaient les anciens. Dans un second mémoire (8), il cite plusieurs observations fort curieuses de cette lésion, et qui viennent confirmer tout ce qu'il avait avancé précédemment. Depuis, Billard, en France, inséra dans les *Archives* (9), un fait absolument semblable à ceux mentionnés par Cooper, mais dont il semble n'avoir pas eu connaissance. Dans tous ces cas la luxation fut primitive, et dans les cas où la cause est indiquée, on voit qu'elle a agi en fléchissant brusquement la cuisse sur le tronc, en même temps que le membre était porté dans l'adduction. Ainsi (1), c'est un homme pesamment chargé qui, ayant mis son pied dans un creux, eut le genou porté en dedans, tandis que le corps tomba avec violence en avant. Ailleurs (2), c'est un cavalier dont le cheval se renverse, et qui a la jambe prise sous sa monture, tandis que le reste du corps était retenu par un tertre, etc., etc.

A côté de l'observation de Billard s'en trouve une fort curieuse de luxation directement en bas, recueillie par M. Ollivier, et la seule, à ma connaissance, que la chirurgie possède jusqu'à ce jour. Quant à la luxation directement en arrière, dont parle M. Sanson (3) et dont l'histoire aurait été, suivant lui, éclairée par MM. A. Cooper et B. Travers, il y a, ce me semble, erreur de la part de l'écrivain français. Sir A. Cooper n'a observé de luxations que dans l'échancrure sacro-sciatique, et il fait remarquer fort judicieusement que sur le squelette, cette échancrure étant un peu au-dessus de la cavité cotyloïde, le déplacement qui s'y produit, doit être nommé *en arrière et en haut* et non *en arrière et en bas*, comme le veulent beaucoup de pathologistes, (Petit, Boyer, Richerand, etc.) Ces détails historiques, peut-être un peu longs, m'ont paru indispensables pour bien déterminer ce que l'on devait entendre par les mots *luxation en arrière* des anciens, et *luxation en arrière et en bas* des modernes qui s'appliquent à la même maladie.

Quels sont les rapports contractés par la tête du fémur dans sa nouvelle situation? Sir A. Cooper (4) les établit ainsi d'après une autopsie qu'il eut occasion de faire. Le ligament capsulaire était rompu dans sa partie antérieure et postérieure, le ligament rond était rompu aussi. La tête du fémur reposait sur le muscle pyramidal, sur le bord de l'échancrure sacro-sciatique, par dessus le ligament de ce nom. Le grand trochanter était plutôt derrière que devant la cavité cotyloïde.

Dans le cas rapporté par Billard, les désordres étaient beaucoup plus graves: ainsi, outre une contusion excessive, la tête du fémur était passée sous le tendon du pyramidal qu'elle avait soulevé et qui croisait le col; plusieurs muscles voisins étaient déchirés; mais il faut dire que le sujet était tombé le long d'un rocher d'une hauteur de cent-vingt pieds.

Passons actuellement à l'examen des symptômes présentés par ce malade: trois méritent de fixer notre attention, la *rotation* du membre *en dedans*, la *flexion* de la cuisse et de la jambe, et le *raccourcissement*.

1° Les auteurs qui ont décrit cette luxation sans l'avoir vue, ont prétendu que la cuisse devait être fortement portée en dedans. Or, chez Bernard et chez ceux dont l'histoire a été publiée par M. Astley Cooper, cela n'avait pas lieu. En effet, la tête du fémur étant logée dans une fosse assez profonde derrière la cavité cotyloïde, le grand trochanter est moins incliné en avant que dans

(1) Cours de chirur., T. VI, p. 146.
(2) OEuvres chir., T. II, p. 96.
(3) Tome IV, chap. XII.
(4) Art. Fémur, Dict. des Sc. médicales.
(5) Tome IV, chap. XII.
Nosographie.
OEuvres chirurg. de A. Cooper et B. Travers, T. Ier, p. 58.
Id., T. II.
Archives, T. III, an 1823, p. 539.

(1) OEuvres chirurg. de Cooper et Travers, T. II, p. 108.
(2) Id., p. 113.
(3) Dict., en 15 vol., art. Luxation, T. XI.
(4) OEuvres chir., T. Ier, p. 60.

la luxation en dehors et en haut, sans que toutefoiss le col soit perpendiculaire à l'os des îles. Il est en même temps peu éloigné de sa situation ordinaire, et dès-lors le faisceau antérieur du ligament capsulaire n'est pas tiraillé comme dans la luxation que nous venons d'indiquer ; enfin, le petit trochanter étant tourné un peu en arrière et porté dans le même sens, les muscles psoas, iliaque et pectiné, sont tendus, et par leur action diminuent l'effet des puissances qui tendraient à porter le membre dans la rotation en dedans.

2° La cuisse était fléchie assez fortement sur le bassin, et cela pour différentes raisons : D'abord dans toute luxation l'inclinaison du membre doit avoir lieu du côté opposé à celui où s'est porté la tête de l'os, parce qu'alors les muscles auteurs de cette inclinaison agissent moins obliquement, et ici, ce sont surtout le triceps et le droit antérieur. De plus, comme nous venons de le dire, les psoas, iliaque et pectiné, muscles fléchisseurs, ayant leurs attaches éloignées, doivent agir nécessairement. Quant à la flexion de la jambe, elle est causée par les muscles demi-tendineux, demi-membraneux, biceps alongés par la flexion même de la cuisse. Ce n'est d'ailleurs qu'avec douleur pour le malade qu'on peut parvenir à étendre la jambe.

3° Si l'on se rappelle ce que nous avons dit de l'observation de Cooper sur la situation de l'échancrure sacro-sciatique par rapport à la cavité cotyloïde, on comprendra pourquoi il y a un peu de raccourcissement au lieu de l'alongement mentionné par les auteurs modernes. Un fait nous a paru assez singulier, au premier aspect, chez notre malade ; le membre mesuré lors de la flexion, paraissait raccourci de plus d'un pouce ; placé dans le degré d'extension que l'on pouvait obtenir, on trouvait à peine un demi-pouce de diminution. Nous mesurions à partir de l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles ; or, la tête du fémur est dans cette luxation et, par suite de la flexion de la cuisse, plus reculée et plus haute que cette éminence ; on doit donc trouver une diminution de longueur qui n'est qu'apparente et qui cesse quand le membre est étendu.

Pronostic. Le danger, dans cette affection, varie suivant le degré de violence de la cause qui y a donné lieu. Ainsi, le sujet de Billard, ayant fait une chute terrible, mourut sur-le-champ, et l'auteur prend occasion de ce fait pour avancer (1) que cette luxation est très-grave, s'accompagne de désordres extrêmes, de ruptures musculaires, d'épanchemens sanguins, etc. Billiard s'est trop hâté de conclure, et les observations de sir A. Cooper démontrent surabondamment ce que l'on aurait pu prévoir *à priori*, c'est-à-dire que, quand la cause n'agit pas avec trop d'énergie, le déplacement n'est pas compliqué d'accidens plus formidables que dans les autres luxations de la cuisse.

Traitement. Dans les réflexions qui accompagnaient notre première observation, nous avions dit que les forces extensives devaient être appliquées sur les plus larges surfaces possibles, et nous avions mis ce précepte en usage, en répartissant les puissances de l'extension depuis le pied jusqu'au-dessus du genou ; ici nous avons agi sur la partie inférieure seule de l'os luxé. Est-ce par oubli du précepte posé par nous ? Non, mais, on le sait, dans la pratique on doit être esclave des indications individuelles ou spéciales ; or, pour que l'extension puisse être appliquée depuis les malléoles jusqu'au-dessus des condyles, il faut que la jambe puisse être étendue sur la cuisse. Nous avons vu plus haut que cela était très-douloureux pour le malade, et nous en avons trouvé la cause dans l'alongement qu'éprouvent les fléchisseurs de la jambe lorsque la cuisse est forcément placée dans la position fléchie. C'est d'ailleurs ce que chacun peut éprouver sur soi-même en essayant d'étendre la jambe sur la cuisse, celle-ci étant préalablement rapprochée du tronc en avant. Ce fait digne de remarque était bien connu d'Hippocrate, lorsqu'il dit en parlant des personnes atteintes d'une luxation en arrière : « *Hi crus extendere non possunt neque juxta articulum elapsum neque ita valde circa poplitem... Illud tamen super intelligere oportet ; est enim commodum et magni faciendum et plerisque ignoratum, quod neque sani articulum circa poplitem extendere non possunt, si non simul extendant circa ingues* (1)... . »

Ainsi, règle générale, toutes les fois que la jambe ne pourra être étendue sur la cuisse luxée, appliquez l'extension sur l'os luxé lui-même. Néanmoins si la réduction exigeait trop d'efforts, on se servirait avec avantage du membre inférieur fléchi comme d'un levier coudé, comme cela se pratique sur l'avant-bras dans la réduction des fractures de l'humérus.

Dans quelle direction les tractions doivent-elles être exercées ? Les auteurs disent de tirer dans le sens du déplacement, et de faire parcourir à la tête de l'os un chemin opposé à celui qu'il a dû suivre pour s'éloigner de sa cavité ; on pourrait peut-être plus exactement formuler les préceptes de réduction, en disant que les efforts doivent être dirigés de manière que la tête de l'os suive précisément la direction d'une ligne qui passerait par le centre de la cavité de réception. Ainsi, chez notre malade, nous avons fait tirer presque perpendiculairement à l'axe du corps, et nous avons vu la tête du fémur située en arrière et un peu au-dessus de la cavité cotyloïde, venir s'y jeter d'elle-même : il n'a pas été besoin, comme le conseille A. Cooper, de passer une serviette sous l'extrémité déplacée pour la soulever et favoriser son retour ; quelques pressions d'arrière en avant sur le grand trochanter ont suffi pour obtenir ce résultat.

Résumé. — 1° Nous ne reconnaissons que cinq espèces de luxations de la cuisse, pour lesquelles nous proposons les dénominations suivantes : 1° luxation en dehors et en haut, luxation *iliaque* ; 2° luxation en avant et en haut, ou luxation *sus-pubienne* ; 3° luxation en avant et en bas, luxation *sous-pubienne* ; 4° luxation en arrière, luxation *sacro-sciatique* ; 5° luxation directement en bas, luxation *ischiatique*.

(1) Archives, T. III, ann. 1823, p. 543.

(1) Lib. de Artic., T. Ier p. 381, éd. de Haller.

II° La luxation sacro-sciatique est primitive ou consécutive.

III° Elle est caractérisée, 1° par une faible rotation du membre en dedans ; 2° par la flexion de la jambe et de la cuisse ; 3° par un raccourcissement de quelques lignes.

IV° Dans l'application des forces extensives, il faut avoir égard à la possibilité de fléchir le membre qui s'articule inférieurement avec celui qui est déplacé.

V° Les efforts de réduction doivent avoir pour but de faire suivre exactement à la tête de l'os la direction d'une ligne passant par le centre de la cavité de réception.

Observations et recherches médico-légales relatives à un empoisonnement par le sublimé corrosif; par le docteur OLLIVIER (*d'Angers*), et BARRUEL, chef des travaux chimiques de la faculté de médecine de Paris.

Les trois enfans de la dame Nelissen étaient convalescens depuis quelques jours de la rougeole dont ils avaient été affectés simultanément, quand le médecin qui leur donnait des soins prescrivit un demi-gros de proto-chlorure de mercure (calomélas), divisé en paquets de six grains, qui devaient leur être administrés de la manière suivante : L'aînée, âgée de sept ans et demi, dut prendre dix-huit grains en trois paquets ; le cadet, âgé de trois ans et demi, douze grains en deux paquets, et le plus jeune, âgé de deux ans environ, six grains environ, ou un paquet.

Le 20 août dernier, la mère administra à chacun d'eux les doses prescrites, en délayant avec un peu d'eau, dans une cuiller d'étain, le médicament qui était mêlé à du sucre en poudre. La jeune Nelissen, l'aînée, qui n'avait d'abord pris que la moitié de la dose, se plaignit à l'instant même de la saveur extrêmement désagréable de la *médecine*, et vomit à plusieurs reprises ; mais sa mère, qui n'envisagea le dégoût manifesté par l'enfant que comme un effet de la répugnance naturelle à cet âge pour tout ce qui est médicament, lui donna immédiatement le reste de la dose. Les vomissemens redoublèrent, bientôt accompagnés de mouvemens convulsifs et d'évacuations alvines. La matière des vomissemens, qui n'a pas été conservée, était mêlée de sang. Comme les accidens augmentaient d'intensité au lieu de diminuer, on courut en toute hâte chez le pharmacien qui fit prendre à l'enfant du lait et des blancs-d'œuf battus dans l'eau. Deux heures s'étaient déjà écoulées depuis l'administration du médicament, quand on commença à faire prendre ces boissons dont elle ne bût qu'une petite quantité ; insensiblement les cris et les vomissemens s'éloignèrent, un affaiblissement général, qu'interrompait de temps en temps quelques contractions convulsives, se manifesta, et la jeune Nelissen expira *trois heures* après l'ingestion de la poudre dite purgative.

Ses jeunes frères avaient pris en même temps qu'elle la dose qui leur avait été prescrite. Le cadet avait eu aussitôt des vomissemens sanguinolens, répétés et abondans, suivis de quelques selles, puis d'une tendance à l'assoupissement, interrompue par intervalles par des coliques et des évacuations. Le plus jeune, qui n'avait pris qu'une dose de six grains, eut de même quelques vomissemens sanguinolens et quelques garde-robes : il tomba ensuite dans un état d'engourdissement et de torpeur qui se termina par la mort au bout de *onze* heures.

En voyant des accidens si graves se développer en même temps chez ces trois enfans, peu de temps après l'administration du médicament prescrit, et en remarquant que la cuiller d'étain qui avait servi à délayer la dose que chacun d'eux avait avalée, était devenue d'un brun noirâtre, la malheureuse mère pensa aussitôt qu'une méprise funeste avait été commise chez le pharmacien, et que peut-être elle venait d'empoisonner ses enfans. Ses craintes n'étaient que trop fondées : l'élève en pharmacie, par une inadvertance qu'on ne peut concevoir (car l'ordonnance du médecin était écrite de manière à ne permettre aucune équivoque), avait donné du sublimé corrosif pour du calomélas. Ainsi que nous l'avons déjà dit, deux heures s'étaient écoulées depuis l'ingestion du sublimé, quand on commença à faire boire aux deux premiers enfans du lait et de l'albumine mêlée à l'eau. Le plus jeune refusa jusqu'à la fin toute espèce de liquide.

Le cadet, qui avait pris douze grains de sublimé, après avoir eu d'abord des vomissemens très-abondans, et plus tard des déjections alvines, ne cessa d'éprouver des nausées pendant la journée, mais sans vomissemens. Quand nous le vîmes le lendemain de l'empoisonnement, il était assez calme, sans fièvre ; ces différens symptômes étaient disparus. Les boissons étaient prises sans réveiller les vomissemens. Les déjections étaient rares. Plusieurs jours se passèrent ainsi, et chaque heure ajoutait quelque chose à l'espoir des malheureux parens : on commençait même à lui donner à manger. Mais les selles devinrent insensiblement plus fréquentes, accompagnées de sensibilité du ventre avec météorisme, langue sèche, pouls fébrile, etc. Ces symptômes d'une gastro-entérite aiguë s'aggravèrent progressivement, et l'enfant succomba le 12 septembre dernier, *vingt-trois jours* après l'empoisonnement. Malgré toutes mes démarches, je n'ai pu faire l'ouverture du cadavre, l'instruction de l'affaire étant alors terminée.

Le 21 août, lendemain de l'empoisonnement, je fus chargé par M. le procureur du roi, conjointement avec M. le docteur Cousin, de procéder à l'autopsie des deux enfans décédés. Je vais retracer ici les remarques que nous avons faites sur l'un et l'autre cadavres. Il était alors deux heures de l'après-midi. Ainsi, vingt-cinq heures s'étaient écoulées depuis la mort de la jeune Nelissen, l'aînée, et dix-huit heures depuis celle de son plus jeune frère.

Nulle rigidité cadavérique, flaccidité des membres, ventre énormément tuméfié, météorisé. Lividités cada-

vériques peu prononcées à la face postérieure du tronc. La membrane muqueuse de la cavité buccale était, non pas matte et décolorée, mais bien d'un blanc grisâtre, d'un aspect tout-à-fait semblable à celui qui résulte du contact prolongé des membranes de cette espèce avec une dissolution de sublimé : seulement son tissu n'était pas raccorni ; la langue offrait par plaques le même aspect. L'épithélium de l'œsophage s'enlevait facilement et par lambeaux roulés sur eux-mêmes. Cette disposition était beaucoup moins prononcée sur le cadavre du jeune Nelissen. Quoique l'estomac ait été lié à ses deux extrémités, ainsi que l'intestin, et que nous les ayons enlevés sur les deux cadavres, je vais continuer ici la description du canal alimentaire de l'un et de l'autre.

Chez la jeune Nelissen, la membrane muqueuse de l'estomac était rosée, sans injection capilliforme bien prononcée dans les deux tiers de son étendue, et n'offrait ainsi aucune altération appréciable dans sa consistance normale. Mais dans le tiers inférieur de l'estomac, depuis le pylore jusqu'à la moitié supérieure du grand cul-de-sac, cette même membrane avait une couleur bistre foncée. Cette teinte n'était pas uniformément étendue sur tous les points de la membrane muqueuse : en étalant cette dernière, on voyait qu'elle était ainsi colorée par bandes longitudinales et par plaques de forme irrégulièrement arrondie. Dans tous les points qui offraient cette coloration, la membrane muqueuse était très-friable ; elle se détachait par lambeaux cassans quand on la grattait avec l'ongle : elle n'était pas, à proprement parler, ramollie. L'estomac du jeune Nelissen présentait les mêmes particularités ; seulement cette altération de la membrane muqueuse n'existait pas dans une aussi large étendue. Celle qui tapisse la cavité de l'intestin était uniformément rosée, accompagnée d'une injection ramiforme très-prononcée dans le tiers supérieur environ de l'intestin grêle, chez la jeune Nelissen. La membrane muqueuse de l'intestin de son frère n'était pas aussi injectée, elle était à peine colorée ; des mucosités la tapissaient. Sa consistance était normale. L'estomac de la jeune Nelissen contenait un liquide pulpeux, d'un brun rosé, et l'intestin jéjunum, une certaine quantité d'une matière blanchâtre, grumeleuse. Le liquide contenu dans l'estomac du jeune Nelissen, était moins brun et en plus petite quantité que celui de l'estomac de sa sœur; ses intestins ne contenaient rien autre chose que des mucosités. Nous reviendrons tout-à-l'heure avec plus de détail sur ces diverses matières, en parlant de l'analyse chimique.

En examinant attentivement la face interne du ventricule gauche du cœur de la jeune Nelissen, nous avons remarqué deux taches comme ecchymosées, au-dessous de sa membrane interne, qui était pâle, blanchâtre. L'une d'elles, plus large, était située à la base d'une colonne charnue, et en incisant avec précaution la membrane interne du cœur, nous avons pu constater qu'il y avait un peu de sang extravasé immédiatement au-dessous d'elle, et non dans l'épaisseur des fibres charnues. Deux ecchymoses très-petites et moins prononcées existaient aussi sous la membrane interne du ventricule gauche du jeune Nelissen, laquelle était également blanchâtre dans toute son étendue. La présence de semblables ecchymoses a été signalée par M. Orfila dans quelques-unes des expériences qu'il a faites avec le sublimé corrosif sur les animaux vivans. (*Toxicologie générale*, etc., T. I.er, p. 26 et suiv.)

Tous les autres organes des deux cadavres n'ont offert rien de particulier à noter sous le rapport de l'empoisonnement. M. Barruel nous ayant été adjoint pour procéder à l'analyse chimique des matières liquides et solides trouvées dans l'estomac et l'intestin de l'un et l'autre enfans, ainsi qu'à celle de la matière qui noircissait la cuiller d'étain employée à l'administration du poison, nous allons rapporter ici le détail des ces expériences.

Après avoir extrait de chaque cadavre l'estomac et l'intestin préalablement liés à leurs extrémités, nous les avions déposés dans deux bocaux qui avaient été fermés et scellés par M. le commissaire de police. L'un, portant le n° 1, contenait les organes de la jeune Nelissen ; le bocal n.° 2 renfermait ceux de son jeune frère.

Examen du contenu du bocal n.° 1. La cavité de l'estomac renfermait un liquide pulpeux, d'un brun rosé, d'une odeur de lait aigri. Les intestins grêles contenaient une notable quantité de matière caillebotée, d'un blanc mat, ayant l'apparence de fromage blanc ou de blanc-d'œuf durci ; mais au toucher, la mollesse de cette matière nous a fait pressentir que ce devait être de la matière caséeuse coagulée. Cette matière a été mise à part.

La membrane muqueuse de l'intestin était uniformément rosée, nullement friable, comme l'était celle de l'estomac dans sa partie colorée, et enduite de mucosités abondantes jaunâtres, surtout vers la fin de l'intestin grêle. Ces mucosités ont été réunies avec les matières liquides extraites de l'estomac, et ces organes ont été lavés soigneusement avec de l'eau distillée jusqu'à ce que celle-ci n'en détachât plus rien ; puis on a étendu ces organes sur une planche inclinée, afin de les laisser complètement égoutter. Quand ils ont commencé à se dessécher, leur surface interne présentait çà et là un aspect mat, comme si elle eût été imprégnée d'une dissolution métallique qui se serait combinée avec elle. Les taches brunâtres avaient conservé leur premier aspect. Nous examinerons ultérieurement cette matière animale, celle-ci pouvant être conservée sans inconvénient.

Les liquides extraits de l'estomac et de l'intestin, ainsi que les eaux de lavage, ont été réunis et versés sur un filtre de papier Joseph, préalablement purifié de toute matière soluble. Pendant que la filtration s'opérait, nous avons procédé à *l'examen des matières contenues dans le bocal n° 2.*

La cavité de l'estomac contenait un liquide pulpeux, moins brun que celui déjà signalé, plus rosé que ce dernier, sans odeur de lait aigri, et en petite quantité. Les intestins grêles étaient moins injectés que les précédens ; leur membrane muqueuse était à peine colorée. Des mucosités abondantes enduisaient leurs parois. Leur

cavité ne renfermait pas de matière blanchâtre, caillebotée.

Toutes les matières contenues dans ces organes ont été recueillies avec soin, et les intestins ont été lavés à plusieurs reprises avec de l'eau distillée, de manière à en détacher toutes les matières qui y adhéraient. L'estomac a ensuite été étalé sur une planche, où on l'a laissé égoutter, et dans cet état la membrane muqueuse a pris un aspect blanchâtre et mat, assez semblable à celui déjà indiqué, mais moins marqué. Ces parties ainsi demi-séchées ont été conservées pour être soumises à un examen qui sera détaillé plus loin. Les matières contenues dans l'estomac et les intestins, réunies aux eaux de lavage de ces organes, ont été à leur tour versées sur un filtre de papier Joseph, préalablement purifié de toute matière soluble.

Le liquide du bocal N° 1, provenant de la filtration, était limpide, de couleur jeune. Une portion de cette liqueur a été traitée par une dissolution concentrée d'acide hydro-sulfurique qui n'y a déterminé aucun changement de couleur, aucun précipité. Cette expérience nous démontrait que, si la mort de l'enfant avait été occasionée par un sel métallique vénéneux, celui-ci n'était point en dissolution dans le liquide, et que, s'il n'avait pas été complètement rejetté par les vomissemens, nous devions le retrouver dans les parties solides ou dans les mucosités restées sur le filtre. En conséquence, ce dernier fut conservé, et mis à sécher avec les matières qu'il renfermait.

Les recherches faites sur le liquide du bocal N° 2, fournirent le même résultat, et l'on conserva de même le filtre et ce qu'il contenait.

Examen de la cuiller d'étain qui a servi à administrer le sublimé corrosif.

Tout l'intérieur de cette cuiller était tapissé d'une couleur brune bleuâtre ; lorsqu'on la touchait avec le bout du doigt, celui-ci était taché de la même manière, ce qui indiquait qu'il y avait peu d'adhérence entre la matière qui la colorait et le métal. Après avoir rempli d'eau distillée un verre à expérience, nous y avons plongé la cuiller de manière à ce qu'elle fût entièrement recouverte par le liquide. On l'y a laissé plongée sans agiter la cuiller. Bientôt on a observé qu'il s'en détachait une matière pulvérulente, de couleur ardoisée, qui se déposait au fond du vase. On a abandonné l'opération à elle-même jusqu'à ce qu'on ne vit plus rien se détacher de la cuiller.

Le liquide dans lequel on avait laissé plongé la cuiller, était limpide et avait une couleur légèrement ambrée. Le sédiment, brun-ardoisé, qui s'était déposé au fond du verre, était assez abondant, il formait une couche d'un millimètre d'épaisseur environ, et cette précipitation démontrait que cette matière n'était pas soluble dans l'eau.

A l'aide d'une pipette on a decanté le liquide qui surnageait le précipité aussi exactement que possible, et on a versé celui-ci sur un verre de montre, et on l'a fait dessécher dans le vide. La liqueur décantée était parfaitement limpide, elle avait une saveur métallique très-prononcée : traitée par l'acide hydro-sulfurique, elle a donné un précipité jaune-sale, insoluble dans quelques gouttes d'ammoniaque.

Cette expérience, ainsi que la couleur qu'avait la cuiller avant son immersion dans l'eau distillée, et l'insolubilité de la matière qui s'était déposée au fond du verre, étaient pour nous autant de preuves que la matière qui a été délayée pour être administrée aux enfans, avait été décomposée par le métal de la cuiller, qui avait pris sa place, en même temps que la base du médicament en avait été séparée, et formait en partie le précipité. Cette base du médicament était métallique.

Pour rechercher quel était le dissolvant de cette base, nous avons ajouté à la liqueur précipitée par l'acide hydro-sulfurique, un excès d'acide nitrique, et nous avons fait bouillir pendant une heure, puis on a filtré. La liqueur filtrée parfaitement limpide, a été traitée par le nitrate d'argent qui a donné lieu à un précipité blanc, caillebotté, insoluble complètement dans l'eau et un excès d'acide nitrique pur, et qui s'est complètement dissous dans l'ammoniaque. Ce résultat nous a d'adord prouvé que le médicament qui avait été délayé dans la liqueur était un chlorure métallique. Nous procédâmes alors à l'examen de la matière d'un brun ardoisé que l'eau avait détachée de la cuiller. Cette matière avait été mise à sécher pendant la nuit dans le vide de la machine pneumatique.

Elle avait considérablement diminué de volume ; elle était complétement desséchée, et avait une couleur gris-d'ardoise. Examinée soigneusement à la loupe, elle présentait à sa surface une foule de petits points d'un brillant argentin ; triturée pendant long-temps avec un tube de verre, et comprimée, on en a facilement séparé des globules blancs, brillans, ayant l'apparence du mercure.

Cette matière pulvérulente et les globules métalliques ont été introduits dans un tube de verre fermé à une de ses extrémités, puis effilé en tube capillaire à l'autre extrémité : la pointe de ce tube ayant été brisée, on a chauffé graduellement, et jusqu'au rouge, la partie du tube qui contenait la matière pulvérulente, avec la précaution de tenir le tube dans une position horizontale. La matière pulvérulente a disparu presque complétement, et dans la partie du tube non échauffée, il s'est condensé une multitude de globules blancs, brillans, fluides, qu'il nous a été facile de reconnaître pour être du mercure, d'où nous avons conclu que le médicament administré était un chlorure de mercure.

La portion de matière restée au fond du tube, et que la chaleur rouge n'avait pas volatilisée, a été recueillie après qu'on eut coupé le tube, et a été traitée par l'acide nitrique pur. Elle s'y est dissoute avec effervescence, et la dissolution a été partagée en trois parties : l'une d'elles, traitée par la dissolution de sulfate de soude, a donné un précipité blanc ; la seconde, traitée par l'acide hydro-

sulfurique, a donné un précipité noir; la troisième, traitée par le chromate de potasse, a fourni un précipité jaune.

Ces trois expériences démontrent que la matière restée au fond du tube, et qui faisait partie de la poudre que l'on avait détachée de la cuiller, était du plomb. L'existence de ce dernier métal s'explique tout naturellement, puisqu'il est un des principes constituans de la cuiller.

Nous avons dit que la cuiller, par son immersion dans l'eau distillée, avait laissé déposer une poudre gris d'ardoise, qui s'était précipitée au fond du verre. Cependant l'intérieur de la cuiller avait conservé une couleur terne et brunâtre. Frottée légèrement avec le doigt, cette couleur disparaissait, et la surface devenait d'un brillant argentin, et très-douce au toucher. Ces phénomènes nous ayant fait présumer que la surface interne de la cuiller était amalgamée : pour nous en assurer, nous avons ratissé avec soin et assez profondément toute l'étendue de cette cuiller. Les râclures étaient extrêmement fragiles : elles s'écrasaient sous le doigt.

On a placé ces râclures dans le fond d'un tube de verre fermé par une de ses extrémités, et tiré en tube capillaire, à la lampe à émailleur, à l'autre extrémité. La pointe en ayant été cassée, on a placé la portion du tube qui contenait les râclures sur une couche de charbon enflammé, avec la précaution de maintenir le tube dans une direction horizontale, puis on a chauffé jusqu'au rouge. Il s'est condensé, dans la partie froide du tube, une quantité assez considérable de globules métalliques, blancs, brillans et fluides à la température ordinaire de l'air, globules que nous avons constaté être du mercure, ainsi que les précédens, en en faisant tomber quelques-uns sur une lame d'or avec laquelle ils se sont amalgamés de suite, et qu'ils ont blanchie.

Nous avons cru devoir rechercher alors quel était celui du proto ou du deuto-chlorure de mercure qui avait été délayé dans la cuiller, pour être administré aux enfans, puisque les expériences précitées nous avaient démontré d'une manière positive que c'était un chlorure de mercure qui avait été administré.

Bien que la couleur que la cuiller avait acquise eût été pour nous une preuve que ce devait être le deuto-chlorure, nous avons néanmoins voulu en obtenir la démonstration matérielle par deux expériences comparatives. Pour cela, nous avons mis dans cette même cuiller d'étain une certaine quantité de *calomélas* (proto-chlorure de mercure); nous y avons ensuite versé une cuillerée à café environ d'eau distillée, et nous avons délayé le tout avec le bout du doigt. Après une minute de mélange, nous avons plongé la cuiller dans un vase plein d'eau, la poudre s'est précipitée au fond, et la surface de la cuiller n'a éprouvé aucun changement de couleur.

Cette cuiller bien essuyée, nous avons déposé sur une autre partie de sa surface quelques grains de *sublimé corrosif* (deuto-chlorure de mercure), nous avons ajouté une demi-cuillerée d'eau distillée, et à peine le contact de ces corps a-t-il eu lieu, qu'à l'instant même cette partie de la cuiller a noirci, en offrant exactement le même aspect que celui que présentait la cuiller déposée par le sieur Nélissen. La partie ainsi tachée de cette cuiller a été plongée dans un verre rempli d'eau distillée. Il n'a pas tardé à se déposer au fond du vase une matière noirâtre qui s'en était détachée. La liqueur est restée limpide, sans prendre de couleur ambrée. Cette couleur lui a été communiquée de suite par l'addition de quelques gouttes de chlore, addition que nous avons faite dans l'intention de reproduire les mêmes circonstances que celles dans lesquelles s'était trouvée la cuiller du sieur Nélissen, par suite de son exposition à l'air.

La liqueur, décantée à l'aide d'une pipette, avait une saveur métallique assez prononcée. L'acide hydro-sulfurique y a fait naître un précipité jaune sale, insoluble dans quelques gouttes d'ammoniaque. Le précipité ayant été desséché à la température d'un bain-marie, avait une couleur gris d'ardoise : examinée à la loupe, elle offrait une foule de petits points d'un brillant argentin; triturée quelque temps avec un tube de verre, on en a séparé des globules blancs brillans, ayant tout l'aspect du mercure. La matière formant le précipité ayant été introduite dans un tube de verre effilé à une de ses extrémités, on l'a chauffée graduellement jusqu'au rouge; une partie s'est condensée sur les parois du tube non chauffé en petits globules blancs brillans, fluides, que nous avons reconnus pour être du mercure.

Cette contre épreuve et ces expériences démontrent, sans aucun doute, que la substance qui a été délayée dans la cuiller du sieur Nelissen, pour être administrée à ses enfans, était du *sublimé corrosif* (deuto-chlorure de mercure), et non du *mercure doux* ou *calomélas* (proto-chlorure de mercure).

Examen de la matière caillebotée, blanchâtre, extraite de l'intestin de la jeune Nélissen. — Cette matière avait été conservée dans un verre rempli d'eau distillée. D'après son aspect et sa consistance, nous avions pensé qu'elle pouvait être le produit du lait administré à l'enfant, dans le but de neutraliser ou de décomposer la substance vénéneuse, et cela avec d'autant plus de probabilité, que le pharmacien qui l'avait prescrite venait d'apprendre que le médicament administré était du deuto-chlorure de mercure (*sublimé corrosif*).

On sait que M. Orfila (*Toxicologie générale*, t. I, p. 310 et suiv.) indique le lait, et particulièrement l'albumine, comme contre-poison de ce composé mercuriel, et comme jouissant de la propriété de le décomposer en le ramenant à l'état de mercure doux, ou calomélas (*proto-chlorure de mercure*).

Nous avons pensé qu'il était utile de nous assurer si, en effet, cette décomposition avait eu lieu, et si ces flocons caillebotés étaient une combinaison d'acide hydrochlorique et de caséum contenant du calomélas (proto-chlorure de mercure), et en même temps si l'eau dans laquelle ils avaient séjourné n'aurait rien dissous de la matière vénéneuse. Ces grumeaux étaient restés plusieurs jours dans l'eau distillée avant qu'on ne reprît ces expériences.

En conséquence, nous avons versé le tout sur un filtre préalablement purifié; la liqueur filtrée a été traitée

par l'acide hydro-sulfurique, qui n'y a produit ni précipité ni changement de couleur. D'où nous concluons que *ces grumeaux blanchâtres n'ont fourni à l'eau aucun composé mercuriel soluble.* La matière blanche et caillebotée restée sur le filtre, en a été détachée avec soin, puis on l'a triturée dans un verre avec un peu de solution de potasse. En procédant ainsi, nous avons eu pour but de dissoudre complétement la matière caséeuse, et, en outre, d'en précipiter du protoxyde noir de mercure, si cette matière caséeuse contenait du *calomélas* (protochlorure de mercure). L'expérience n'a pas eu ce résultat. La matière caséeuse s'est promptement et complétement dissoute, et, au lieu d'un précipité noir, nous avons eu des flocons jaunâtres. A la surface de la liqueur surnageait une matière blanchâtre insoluble, provenant de la matière butireuse que le lait contenait.

L'existence de cette matière butireuse, de la nature de laquelle nous nous sommes d'ailleurs assurés, eût suffi pour nous convaincre que les grumeaux caillebotés étaient réellement dûs à la coagulation du lait administré: mais nous nous en sommes plus directement assurés par l'expérience suivante. Une petite portion de la dissolution de cette matière dans la potasse a été traitée par l'acide sulfurique concentré; à l'instant même il s'est formé un précipité caillebotté blanc, que l'on a versé sur un filtre, et qu'on a lavé avec de l'eau jusqu'à ce que celle-ci s'écoulât du filtre sans aucune saveur. La matière blanche restée sur le filtre, traitée par l'ammoniaque caustique, s'y est rapidement dissoute, ce qui n'aurait pas eu lieu si c'eût été de l'albumine coagulée.

Quant aux flocons jaunâtres, dans la supposition qu'ils fussent dus à la décomposition d'un per-sel de mercure, il nous restait à constater qu'ils étaient formés par du peroxyde de mercure. Comme la quantité en était très-petite, pour atteindre le but que nous proposions, nous avons préféré à tout autre moyen le suivant: Nous avons étendu la matière avec une demi-once d'eau distillée, nous l'avons introduite dans un flacon à col étroit, et nous y avons fait passer pendant plusieurs heures un courant de gaz chlore, qui d'abord y a fait naître un précipité blanc, floconneux, puis, par la continuation de son action, a fini par le faire disparaître complétement, en même temps que le liquide s'est fortement acidifié.

Nous avons versé la liqueur provenant de la dissolution des flocons blancs par le courant de gaz chlore, dans une capsule de verre, et nous l'avons fait évaporer à une douce chaleur jusqu'à réduction de moitié de son volume; puis nous avons retiré la capsule du feu, et nous y avons ajouté environ une once d'eau distillée; nous avons ensuite filtré à travers un papier Joseph préalablement humecté d'eau, afin de séparer la petite quantité de matière grasse qui surnageait.

La liqueur filtrée a été introduite dans une petite éprouvette de verre; on y a plongé une lame d'or entourée d'une lame d'étain disposée en spirale, et, comme la liqueur était fortement acide, on avait pris une lame d'étain d'une certaine épaisseur. Peu d'instans après l'immersion de cet appareil dans la liqueur, il s'est produit une effervescence sensible, et la lame d'or prenait successivement une couleur blanche qui augmentait d'intensité. Lorsque l'effervescence eut presque cessé, on plaça l'éprouvette dans un bain-marie, et on chauffa jusqu'à 60° environ. Après une heure, on a retiré l'appareil de la liqueur, et on l'a lavé à plusieurs reprises, sans l'agiter, avec de l'eau distillée; ensuite on l'a fait sécher à une douce chaleur sur plusieurs doubles de papier Joseph. On a enlevé la spirale d'étain qui entourait la lame d'or. Celle-ci était blanchie dans tous les intervalles qui séparaient chaque spirale de la lame d'étain, et cette dernière était devenue fragile.

L'étamage de la lame d'or était un indice pour nous qu'il provenait de l'*amalgamation*, et que conséquemment, 1° les flocons obtenus dans la dissolution par la potasse étaient du peroxyde de mercure; 2° que si, dans un grand nombre de circonstances, le lait ou l'albumine décompose le sublimé corrosif pour le transformer en calomel, cette décomposition n'a pas toujours lieu d'une manière complète, et que ces matières peuvent se combiner avec lui sans le décomposer; ce qui n'empêche pas que le lait et l'albumine soient très-efficaces contre l'empoisonnement par le sublimé corrosif, puisqu'ils s'en emparent de telle sorte, que l'eau n'enlève rien de soluble à cette combinaison. En effet, nous avons prouvé que l'eau dans laquelle on avait conservé, pendant plusieurs jours, la matière blanche caillebotée n'avait dissous aucun atôme de deuto-chlorure de mercure.

Cependant, pour nous convaincre que réellement l'étamage en blanc de la lame d'or était dû à la formation de son amalgame, nous avons plié plusieurs fois sur elle-même cette lame d'or, et l'avons introduite dans un tube de verre fermé à une de ses extrémités, ensuite nous avons effilé l'autre en tube capillaire dont la pointe a été cassée, puis, en tenant ce tube presque horizontalement, nous l'avons ainsi exposé à la flamme d'une lampe à l'alcohol, jusqu'au point de faire rougir le tube, et, après son refroidissement, nous avons observé, à l'œil nu, à la naissance du rétrécissement du tube, une grande quantité de petits globules blancs, brillans, évidemment formés par du mercure: la lame d'or avait repris sa couleur jaune naturelle.

La lame d'étain, qui était roulée en spirale sur la lame d'or, et qui avait notablement diminué de volume, en devenant en même temps cassante, a été soumise à la même expérience que la lame d'or, parce que sa fragilité nous faisait aussi penser qu'elle était également amalgamée, et en effet elle nous a fourni notablement des globules mercuriels.

Examen de la matière pulpeuse et des matières solides que contenaient l'estomac et les intestins de la jeune Nélissen. — Ainsi que nous l'avons dit en commençant, ces matières mélangées avec l'eau de lavage des intestins et de l'estomac, avaient été jetées sur un filtre, après en avoir séparé la matière caséeuse dont nous venons de donner l'analyse. Ce résidu avait une couleur fauve rougeâtre, une odeur de lait aigri. Nous n'avons

pas jugé convenable de rechercher dans ces matières si le mercure qu'elles pouvaient contenir étaient à l'état de calomel (protochlorure de mercure) ou à l'état de sublimé (deutochlorure), parcequ'étant colorées par une petite quantité de sang, il nous aurait été impossible de reconnaître au juste la couleur de la substance que la potasse caustique en aurait précipitée, en dissolvant les autres matières qui l'accompagnaient. En conséquence, nous avons introduit ce résidu dans un matras, après l'avoir détaché le plus exactement possible de la surface du filtre. Nous avons versé dessus deux onces d'eau distillée ; l'appareil a été placé sur un bain de sable échauffé jusqu'au point voisin de l'ébullition, puis nous y avons ajouté, par très-petits fragmens, de la potasse caustique pure, jusqu'à ce que la dissolution en eût été complétement opérée.

Alors la liqueur avait une couleur d'un brun-rouge foncé ; elle a été traitée par l'acide hydrochlorique concentré, en léger excès : il s'est formé un précipité gris-foncé, peu abondant, parce que l'excès d'acide en avait redissous la plus grande partie. Puis nous avons fait passer dans cette liqueur, après son refroidissement, un courant de gaz chlore qui a décoloré la liqueur, ainsi que le précipité qui s'est réduit par cette opération à quelques flocons de matière blanchâtre. On a ensuite versé le tout dans une capsule de verre, et on a fait évaporer à une douce chaleur jusqu'à réduction de moitié environ du liquide, puis on l'a filtré à travers un filtre mouillé.

La liqueur filtrée avait laissé déposer par son refroidissement une certaine quantité de cristaux de chlorure de potassium. Nous y avons ajouté une quantité d'eau suffisante pour redissoudre ces cristaux, puis nous avons placé dans l'éprouvette qui contenait la liqueur, une lame d'or entourée d'une spirale d'étain formée d'une lame étroite de ce métal. L'immersion a été prolongée pendant une heure et demie à froid ; il s'est produit une effervescence qui s'est graduellement affaiblie ; alors on a fait chauffer légèrement le liquide ; l'effervescence s'est alors ranimée, et au bout *d'une demi-heure* elle avait cessé. Ayant jugé dès-lors que le contact avait été suffisamment prolongé, l'appareil a été retiré de la liqueur, on l'a lavé à plusieurs reprises, puis il a été séché à une douce chaleur. La spirale d'étain a été enlevée de dessus la lame d'or : cette dernière avait une teinte blanchâtre dans tous les points où elle n'avait pas été recouverte par la lame d'étain, et les restes de celle-ci étaient devenus sensiblement fragiles.

La lame d'étain, d'une part, et la lame d'or, de l'autre, ont été introduites séparément chacune dans un tube de verre fermé à une de ses extrémités, et effilé par l'autre en tube capillaire. On a répété ici l'expérience déjà décrite avec détail, et nous avons obtenu de même, mais en beaucoup plus petite quantité, des globules de mercure.

Examen des matières pulpeuses trouvées dans l'estomac et les intestins du jeune Nelissen. — Ces matières étaient le résidu laissé sur le filtre sur lequel on avait versé les produits trouvés dans les organes indiqués, ainsi que les eaux de lavage employées pour en détacher toutes les matières qui pouvaient y adhérer. La couleur de ce résidu était d'un fauve très-légèrement rosé ; son odeur n'avait pas, comme l'autre, celle de lait aigri : elle était nauséeuse, et analogue à celle qui résulte d'un commencement de décomposition putride.

Les expériences ci-dessus décrites ont été répétées ici, et le résultat a été le même, avec cette différence toutefois que les lames d'or et d'étain n'ont fourni qu'une très-petite quantité de globules de mercure métallique, assez distincts cependant pour qu'étant déposés sur une petite surface d'une lame d'or, au moyen de quelques gouttes d'eau, ils s'y soient immédiatement amalgamés, et aient formé autant de taches ponctuées, d'un blanc argentin, qui ont ensuite disparu complètement en chauffant la lame.

Enfin, nous avons dit qu'après avoir retiré de l'estomac de chacun des enfans Nelissen, les matières qui y étaient contenues, ces organes avaient été lavés soigneusement, puis étendus sur une planche, où leur dessiccation s'était opérée insensiblement à l'abri du soleil, et dans un courant d'air. Voici le résumé de nos expériences sur ces organes.

Estomac de la jeune Nélissen. — Toutes les parties de cet organe qui avaient une teinte de bistre, et celles qui avaient cet aspect mat, semblable à celui qui résulte du contact de ces parties avec certaines dissolutions métalliques, avaient acquis une intensité un peu plus grande par la dessiccation et un reflet plus plombé. Les autres portions de l'estomac, en se desséchant, étaient devenues d'une couleur jaune, brunâtre, sans ce même reflet. Les seules parties des parois de l'estomac qui étaient brunâtres et à reflet plombé, ont été enlevées soigneusement, puis on en a détaché avec le scalpel les couches le plus superficielles, c'est-à-dire celles qui comprimaient principalement la membrane muqueuse de l'estomac. Toutes les portions membraneuses réunies ont été mises dans un matras avec dix à douze fois leur poids d'eau distillée. On a fait chauffer lentement au bain de sable jusqu'à légère ébullition, pendant laquelle on ajoutait de temps en temps de petits fragmens de potasse caustique : ce qui a été répété jusqu'à parfaite dissolution de la matière animale.

Estomac du jeune Nélissen. — Pendant que cette dissolution s'effectuait, nous avons également séparé des parois de l'estomac du jeune Nélissen, les portions qui étaient colorées en brun foncé, et toutes celles qui avaient l'aspect que produit sur une membrane muqueuse le contact d'une dissolution métallique. Nous les avons traitées de la même manière, après les avoir introduites dans un matras avec une certaine quantité d'eau distillée et de potasse caustique.

Les deux dissolutions étant terminées, nous avons traité successivement chacune d'elles par l'acide hydrochlorique en excès, puis par un courant de chlore, et enfin, le résidu ayant été suffisamment concentré, puis filtré, nous avons plongé dans chacun des liquides l'appareil à lame d'or entourée d'une spirale de lame d'étain, et le résultat de chacune de ces opérations a été que les

portions enlevées de l'estomac de la jeune Nélissen nous ont fourni très-sensiblement des globules mercuriels, tandis que celles de l'estomac de son frère n'en ont donné que des atômes, dont nous n'avons pu constater l'existence qu'en passant, dans la portion capillaire du tube où la volatilisation s'était opérée, un fil d'or qui a été manifestement blanchi.

Des observations et des expériences qui précèdent nous concluons : 1° que la mort des enfans Nélissen est due à un empoisonnement ;

2° Que l'empoisonnement a été déterminé par du sublimé corrosif (deuto-chlorure de mercure).

La méprise funeste qui a eu lieu dans ce cas, à part l'erreur grossière de l'élève en pharmacie, ne doit-elle pas faire désirer que dans la prescription de ceux des médicamens qui sont de violens poisons à la dose de quelques grains, les médecins adoptent exclusivement les noms de l'ancienne nomenclature. Ces dénominations, n'ayant entre elles aucune analogie, ne permettent pas la moindre confusion, à moins d'une inattention coupable. Nous rappellerons aussi, en terminant, ce résultat de l'analyse chimique : Que le sublimé corrosif est resté plusieurs jours en contact avec du caséum sans éprouver de décomposition. Faudrait-il conclure de là que le lait, et surtout l'albumine, ne sont pas réellement contre-poisons du deuto-chlorure de mercure? Non, sans doute, car le fait que nous venons de rapporter démontre, au contraire, que le poison mercuriel était tellement enveloppé par le caséum, que cette matière s'opposait à ce qu'il pût se dissoudre ultérieurement, de manière à agir sur les organes qui le contenaient. Reste donc la question toute chimique relative à l'action particulière de l'albumine sur le deuto-chlorure de mercure : mais nous n'avons pas à nous en occuper ici. Ce qu'il importait de faire remarquer, c'est que, quelle que soit leur manière d'agir, le lait, et surtout l'albumine mêlée à l'eau, sont les boissons qu'il convient d'employer immédiatement dans ce genre d'empoisonnement. On ne peut rien induire contre leur efficacité vraiment spécifique, des exemples qui précèdent, car on a vu que les accidens existaient déjà depuis deux heures quand on a eu recours à leur administration, et que d'ailleurs on n'a pu en faire prendre aux enfans qu'une petite quantité. Ne sait-on pas que le moyen curatif le plus certain échoue le plus souvent quand il est employé trop tard.

Du traitement des tumeurs érectiles, et particulièrement du traitement par le caustique; par CLAUDIUS TARRAL. (*Fin.*)

§ VI. *De la cautérisation des tumeurs érectiles.* — Il existe une grande répugnance pour le bistouri ; les mères surtout en redoutent l'emploi pour leurs enfans ; souvent elles s'y refusent, ne voyant point de danger imminent dans cette affection, ou se flattant que le temps pourra amener une guérison ; et enfin bien souvent elles ne se décident à l'excision que lorsque la maladie est déjà fort étendue. Toutes choses égales d'ailleurs, moins on emploie le bistouri, plus on approche du perfectionnement de l'art ; or, nous croyons pouvoir démontrer ici, que d'autres méthodes peuvent remplacer l'excision. Nous avons fait sentir que presque tous les chirurgiens étaient partisans de l'éradication du mal par le bistouri ; nous allons montrer maintenant que les auteurs qui ont discuté l'action des caustiques, l'ont blâmée sans l'avoir mûrement pesée.

Voici l'opinion d'un homme remarquable par son esprit judicieux et par sa haute probité scientifique, le vénérable Boyer, dont l'Europe déplore la perte récente. Dans la dernière édition de son ouvrage, il s'exprime ainsi : « Encore moins doit-on attaquer la tumeur par des caustiques, dont l'application réitérée, dans l'intention de détruire tout le mal, causerait des douleurs atroces et une dégénération fâcheuse de la tumeur. » (1)

M. Bégin (2) suit les mêmes raisonnemens : « Les caustiques doivent être proscrits du traitement des corps érectiles ; ils ne sont propres qu'à y produire de l'irritation, à hâter leurs progrès, à déterminer leur complication cancéreuse. » Voici le jugement de M. le professeur Roux (3) : » L'emploi des caustiques ou du cautère actuel, dans le but de désorganiser complètement les parties malades et de les réduire à l'état d'une simple escarrhe, pourrait promettre quelques succès dans les cas de tumeurs érectiles tout-à-fait superficielles et assez peu développées pour qu'on puisse les détruire par une seule cautérisation ; mais, dans toute autre circonstance, l'infidélité et l'incertitude de ce moyen, auquel d'ailleurs on n'a eu qu'assez rarement recours, doivent le faire proscrire entièrement, d'autant plus que l'instrument tranchant, beaucoup plus sûr, serait applicable à tous les cas où l'on pourrait cautériser. »

Les éditeurs de la nouvelle impression de la *Médecine-opératoire* de Sabatier, annoncent franchement leur manière de voir (4) : « La destruction des tumeurs érectiles, au moyen des caustiques, est une opération qui pourrait réussir, mais qui ne sera mise en usage par aucun chirurgien habile, parce que les moyens de ce genre n'agissent qu'avec lenteur, et que leur action ne pouvant être dirigée, ou s'étend aux parties saines qu'il faudrait ménager, ou laisse intactes des portions de tumeur qu'il aurait été important de désorganiser, et qui peuvent reproduire la maladie. M. Wardrop conseille cependant ce moyen, qu'il croit propre à déterminer dans le tissu érectile une inflammation ulcéreuse qui en opère la destruction. Mais alors les malades, soumis à l'influence de cette sorte de gangrène, courent des chances trop défavorables pour que l'on ne préfère pas des moyens plus actifs et plus sûrs. »

---

(1) Op. cit., T. II, p. 395.

(2) Dict. de Méd.-prat., T. VII, p. 446 ; 1831.

(3) Dict. de Méd. cit., p. 560.

(4) Sabatier, Méd.-opér., T. III, p. 248.

M. Maunoir (1) a également accumulé des objections pareilles contre le traitement par les caustiques.

M. Hervez de Chegoin ne s'éloigne pas non plus de la pratique ordinaire. « Dans ce travail, dit-il, nous n'avons voulu qu'indiquer ce qu'il y a de plus saillant; c'est pourquoi, tout en nous arrêtant sur le traitement, nous n'avons rien dit de la cautérisation par les caustiques, qui nous semble devoir être rejetée entièrement, quoiqu'elle ait, dit-on, réussi. » (2)

Enfin, terminons l'exposé de ces opinions contraires à la cautérisation, par le passage où M. Velpeau s'exprime énergiquement sur les divers procédés (3): « Les caustiques emplastiques ou les escarrotiques simples, vantés par Callisen, Wardrop, etc., l'acide nitrique, usité encore en Angleterre, le nitrate d'argent conseillé par Guthrie, quand le nœvus est petit, un peu épais, les piqûres multiples de vaccine préconisées par M. Cumin et quelques autres, ne peuvent évidemment suffire que dans un petit nombre de cas. Le fer chaud, heureusement mis en usage par M. Maunoir, et tous les caustiques actifs, exposent, quand ils ne détruisent pas complètement le mal, à des accidens graves, aux hémorrhagies consécutives, à hâter les progrès de la tumeur, par exemple. La perte de substance, les souffrances qu'ils produisent, et les cicatrices difformes qui suivent leur emploi dans les cas les plus heureux, disent assez, au surplus, qu'on ne doit y avoir recours que lorsque les autres méthodes n'offrent aucune chance de succès. »

Voilà les opinions qui dominent généralement aujourd'hui en France, en Italie, en Allemagne, en Amérique, et même, jusqu'à un certain point, en Angleterre. L'expérience va répondre à toutes ces objections, dont la plupart sont imaginaires; l'expérience va encore nous démontrer ici le danger de prononcer dogmatiquement dans une science dont les bases sont si vacillantes.

Les praticiens n'ont-ils pas rejeté un peu prématurément l'aide des caustiques pour la cure de ces tumeurs érectiles?

M. Wardrop, réfléchissant sur une guérison spontanée d'une tumeur érectile, vit que l'escarre, résultat de l'inflammation, en était le principal phénomène, d'où il conclut qu'il fallait imiter la nature et produire la mortification d'une partie du mal, qui serait séparée plus tard par l'inflammation éliminatoire, etc., idée ingénieuse, et que la pratique confirme. M. Mackenzie se trompe quand il attribue la découverte de ce principe de guérison à M. Hodgson de Birmingham: déjà Callisen en fit usage pour les tumeurs d'un petit volume. « *Nævi parum prominentes caustico admoto consumuntur*, etc. *sed majores nœvi deprehendetur ferro exscandi sunt*, etc.» (*Op. cit.* P. 204.) Guthrie, Weller et beaucoup d'autres ont suivi son exemple. Toutefois MM. Lawrence, Higginbottom, Dupuytren, etc., attribuent ce procédé curatif à M. Wardrop, à qui, au moins, on doit savoir gré de l'avoir poussé si loin et d'en avoir tiré de si grands effets.

La première fois que M. Wardrop (1) employa cette méthode, c'était pour une tumeur érectile congénitale (*nævus sub-cutaneus*) du volume d'une pièce de dix sols, située au milieu du front d'une jeune fille âgée de treize mois. On couvrit la tumeur d'un morceau d'emplâtre de diachylon, dans le centre duquel on fit préalablement une ouverture circulaire, qui permit l'application de la potasse caustique au centre de la maladie. M. Wardrop frotta la portion centrale de la tumeur jusqu'à ce que la peau devînt d'un brun foncé, qui est le signe de sa désorganisation; une escarre se forma, fut éliminée, et dans trois semaines la guérison fut complète.

Une tumeur de la même étendue, placée sur la joue, fut opérée et guérie de la même manière.

M. Wardrop me montra le modèle en plâtre d'une tumeur érectile très-volumineuse de la joue et des lèvres, que l'on avait considérée comme au-dessus des ressources de l'art. M. Wardrop, encouragé par le succès des caustiques, y eut recours encore ici et à plusieurs reprises, et dans peu de mois la tumeur était complétement détruite. Aucun accident n'accompagna le traitement; la guérison fut suivie de très-peu de difformité. Plusieurs chirurgiens de Londres ont vu ce malade et ont rendu hommage à l'opérateur.

Mais le cas le plus remarquable que je pourrai citer pour répondre aux objections théoriques des auteurs, est celui d'un enfant, âgé de deux ans, qui portait une énorme tumeur érectile pulsatile, du volume de ses deux poignets, située à la partie antérieure et un peu à gauche de la poitrine, et à laquelle personne ne voulait toucher. M. Wardrop procéda encore ici par les caustiques, dont l'application réitérée anéantit complétement (dans l'espace de cinq mois, je crois,) la tumeur. La suppuration fut ici assez considérable; M. Wardrop appliqua sur la plaie le baume du Pérou, qu'il a assuré être très-bon pour modérer la sécrétion du pus; toutefois aucune hémorrhagie et très-peu de douleurs eurent lieu. Je dois ajouter qu'au désir de l'opérateur, le docteur Lee, médecin fort distingué de Londres, me conduisit chez ce malade; la cicatrice étendue est très-solide et très-vasculaire, mais les vaisseaux paraissent surtout veineux, et la mère m'assura qu'ils restent stationnaires; la cicatrice diminue de plus en plus, et tout porte à croire que cette guérison ne sera pas moins solide qu'elle n'est heureuse pour le malade et intéressante pour la science.

J'ai vu aussi chez M. Wardrop la fille d'un banquier de Londres, chez laquelle on pouvait à peine distinguer une cicatrice blanchâtre qui suivit la destruction d'une tumeur érectile de la joue par la potasse.

M. Lawrence, qui fait usage maintenant de ce procédé, raconte, dans ses Leçons de chirurgie, que M. Wardrop lui fit voir deux malades porteurs de tumeurs érectiles volumineuses au col, traités par ce moyen et qui étaient en voie de guérison.

(1) Mémoire cité, p. 87.

(2) Journal hebd. cit., T. II, p. 128, p. 1831.

(3) Nouveaux Élém. de méd. op. T. I, p. 255; 1832.

(1) Voyez Journal Lancet. Loc. cit.

Le docteur Lee, témoin des nombreux essais de M. Wardrop, se décida à suivre son exemple. De deux malades qu'il eut la bonté de me faire voir, un d'eux, jeune enfant, présentait une tumeur érectile congéniale du volume d'un petit œuf de poule, située dans l'espace fronto-pariétal; elle avait déjà fourni plusieurs hémorrhagies, elle donnait des pulsations considérables qui étaient en partie dues au cerveau. M. Lee craignait que la tumeur ne communiquât avec la dure-mère, et pour cette raison il mit beaucoup de prudence dans l'application des caustiques, afin de ne pas s'exposer à produire une inflammation des méninges. Toutefois les applications réitérées et légères des caustiques réussirent, au bout de neuf mois, à détruire complètement cette maladie si dangéreuse à cause de sa position importante, si intéressante sous le rapport du diagnostic, et pour la guérison de laquelle assurément le bistouri et la ligature ne convenaient guères. Le docteur Lee est convaincu que la lenteur de la cure dépendait ici de la modération dans l'emploi du caustique, du reste aucun accident ne compliqua le traitement de la maladie. L'autre enfant fut assez promptement guéri, par quelques applications des caustiques, d'une tumeur du volume d'une noix, située au sommet de la tête : la cicatrice est blanche, lisse et polie.

M. Higginbottom, chirurgien de Nottingham, a publié deux observations de guérison de tumeurs érectiles congénitales. L'une des tumeurs, située sur le côté gauche de la mâchoire inférieure, égalait la grosseur d'une noix et faisait des progrès journaliers (1). « Je l'ai désorganisé en adoptant le procédé de M. Wardrop, dit M. Higginbottom, l'inflammation se borna à la tumeur, et la guérison survint après une seule application. Le même chirurgien détruisit, par cinq applications de caustique, une tumeur érectile de l'aîle gauche du nez, qui avait résisté aux diverses tentatives faites pendant dix-huit mois par un chirurgien. Dans ce cas, on craignait que la maladie n'eût déjà traversé l'épaisseur de l'organe; toutefois, à la guérison succéda une cicatrice tellement petite que l'on pouvait à peine l'apercevoir.

M. Higginbottom m'a fait l'honneur de m'écrire que, depuis la publication de ses observations, il a opéré deux autres malades par le même moyen et avec semblable succès. M. Higginbottom me fait part en même temps d'un fait intéressant : après la première application du caustique sur une tumeur érectile, ce chirurgien fut obligé d'abandonner son malade pendant plusieurs semaines; il alla le revoir ensuite dans l'intention de continuer le traitement, mais il fut agréablement surpris de trouver que la maladie n'exigeait plus ses soins. Aussi M. Higginbottom pense que souvent une seule application pourrait suffire pour obtenir la guérison.

J'ai guéri aussi une tumeur de la grosseur d'une olive, située au-dessous du sac lacrymal, pour laquelle M. Howship de Londres avait pratiqué la ligature suivant le procédé de M. White; mais, au dire de mon ami, le père du malade, on avait laissé une petite partie du mal en dehors de la ligature : la maladie récidiva et fit des progrès visibles. Je fis la première application de la potasse caustique pendant que la jeune fille était endormie, et sans la réveiller. Une petite escarre se forma; je retouchai la plaie trois fois, et la malade guérit dans trois mois, n'ayant jamais souffert de douleur, etc., etc.

M. Langstaff m'annonce aussi qu'il a guéri des petites tumeurs de la face par ce moyen. D'autres chirurgiens anglais, ont, à ma connaissance, réussi également par ce moyen; mais, ne possédant point les détails de ces faits, je ne puis m'étendre davantage sur ce point.

Quelques personnes trouveront peut-être à redire à ces observations, en ce qu'elles ne sont pas accompagnées de détails journaliers; et afin de satisfaire à ces scrupules, j'avais prié M. Wardrop de m'envoyer quelques observations de ce genre, mais il vient de me répondre qu'il n'en possède point. Il m'assure positivement que, depuis douze ans, il a constamment employé cette méthode, et jusqu'à présent toujours chez les jeunes sujets; la maladie, dans la grande majorité des cas, siégeait à la tête ou au cou. M. Wardrop n'a jamais vu survenir d'hémorrhagie à la suite de l'usage du caustique, non plus que la dégénérescence de la tumeur; les douleurs sont très-légères, souvent nulles. Ce chirurgien ordinairement laisse l'escarre se former avant de réitérer l'application du caustique, de manière que la guérison exige communément quelques semaines ou même quelques mois pour s'opérer. Il cautérise dans une plus ou moins grande étendue, suivant le volume de la tumeur, et suivant l'importance qu'il y a d'obtenir une très-petite cicatrice. Enfin, ce qu'il y a de fort important dans la pratique de cet habile chirurgien, c'est que par sa méthode il a toujours guéri jusqu'à présent cette affection.

Si on cherche à se rendre compte de l'action des caustiques dans ce cas, on voit qu'ils désorganisent plus ou moins complètement les parties sur lesquelles ils sont appliqués. Le sang est coagulé dans les petits vaisseaux, la circulation n'est plus aussi libre dans la tumeur, d'autres vaisseaux s'oblitèrent, l'inflammation arrive, les vaisseaux la partagent, s'oblitèrent encore. On porte alors l'action des caustiques plus profondément dans la tumeur; les mêmes phénomènes s'accomplissent. Mais souvent il n'est pas nécessaire d'agir sur toute la surface. La guérison peut suivre la destruction partielle de la tumeur par le caustique, et c'est un grand avantage de ce genre de moyen. Mais la lenteur, dit-on, en est un grand inconvénient! Cela est moins vrai pour cette méthode que pour les autres. Quel grand désavantage s'attache, en effet, à une guérison exempte de danger, de souffrance, qui durera quelques semaines ou même quelques mois? D'ailleurs les autres méthodes sont-elles toujours expéditives? Enfin, si l'exécution de l'opération est à la portée de tous les praticiens, il faut bien se garder de se méprendre sur la nature des tumeurs érectiles; il faut bien éviter de confondre avec elles le fongus hœmatode; car il est très-probable qu'on verrait la tumeur dégénérer. Il est clair aussi que l'on doit

(1) London Med. Gaz., vol. VI, p. 755; 1830.

agir avec prudence sur les tumeurs de la dure-mère, quand même elles seraient simplement érectiles, à moins de s'exposer à voir mourir son malade d'une arachnitis, ainsi que Pelletan le rapporte de Moreau de l'Hôtel-Dieu. Cet accident indisposa Pelletan et d'autres contre les caustiques, et cependant il est évident que c'est plutôt le chirurgien que le remède qui est à blâmer.

Il faut remarquer que l'opération par les caustiques est applicable à quelques régions où l'excision ne pourrait pas être pratiquée complètement et par conséquent sans danger.

Les avantages que les caustiques offrent sous ce rapport sont trop évidens pour que j'y insiste long-temps; je me bornerai à citer un cas fort intéressant que j'ai observé dans le service de mon estimable ami, M. le docteur Laugier, à l'hôpital Necker. Une jeune femme vint réclamer ses soins, pour une tumeur érectile du volume d'une noix, située immédiatement au-dessous du canal de l'urètre, mais se prolongeant en haut dans le vagin, et dont les limites étaient un peu difficiles à bien fixer : cette jeune femme était d'une extrême sensibilité, puisqu'il ne fut point possible de toucher la tumeur avec les doigts sans qu'elle donnât signe de douleur. M. Laugier s'assura de la position exacte de l'urètre qui était entièrement entouré par la tumeur, si même il ne participait point à la maladie; il constata aussi l'état vasculaire qui se prolongeait dans le vagin. Convaincu de la grande difficulté et du péril qu'il y aurait à employer ici le bistouri, il n'y songea que pour un moment. La ligature de la tumeur en masse était également difficile à cause de la forme de celle-ci; d'ailleurs toute espèce de ligature aurait indubitablement causé de grandes douleurs. M. Laugier me fit part de cette conjoncture embarrassante, et apprenant les avantages de la potasse caustique, voyant la facilité de son application, il se décida bientôt à en faire usage. M. Laugier frotta avec le caustique le centre de la tumeur qui paraissait surtout veineux à cause de sa couleur violacée, du manque de pulsations artérielles, etc., jusqu'à ce qu'il changeât d'aspect et devint noirâtre. Pendant cette opération, la malade ne fit pas la moindre plainte, mais aussitôt qu'on voulait tâter la tumeur avec les doigts, elle se plaignait. Assurément ici la potasse n'a pas causé de douleur. Un petit suintement de sang eut lieu quelques minutes après l'opération; la malade éprouva quelques picotemens dans la tumeur. Sans attendre la chute de l'escarre, M. Laugier réitéra l'application de la potasse caustique, et désorganisa ainsi une autre portion de la surface de la tumeur. Quelques jours après cette opération fut pratiquée une troisième fois, sans produire aucun accident : la tumeur était diminuée de près de la moitié : elle était plus ferme au toucher; sa couleur était noirâtre. A cette époque du traitement on eut lieu de soupçonner et de reconnaître que la malade était enceinte d'environ quatre mois et demi. Obligée d'interrompre la cure de sa maladie, cette jeune femme sortit de l'hôpital. M. Laugier n'a pas eu de ses nouvelles depuis; toutefois elle est soignée par un de nos amis, et le cas ne sera pas perdu pour nous. Je cite cette observation, quoique incomplète, pour prouver combien les caustiques présentent d'avantages, soit sous le rapport de leur application, soit par leur innocuité, soit par le peu de douleur, dans un cas où les autres moyens, et surtout le bistouri, auraient été sinon inapplicables, au moins assez difficiles et dangereux.

Je viens de dire que la tumeur de cette malade paraissait formée par des veines; pourtant M. Lawrence a fort bien observé que la couleur n'est pas un guide certain, car, dit-il, si on pratique une incision dans ces tumeurs violacées, on est souvent étonné de voir sortir du sang artériel. Ne peut-on pas expliquer la couleur de certaines tumeurs par la supériorité du calibre des veines comparativement a celui des artères, et par leurs parois plus minces et plus transparentes?

Nous croyons que l'emploi des caustiques sera extrêmement utile pour ces tumeurs érectiles des parties génitales de la femme, que les praticiens rencontrent assez souvent. Ne pourrait-on pas tirer parti des mêmes moyens employés méthodiquement pour la guérison de certaines espèces d'hémorrhoïdes? Dans mon dernier voyage à Londres, j'ai vu à l'hôpital de Guy, dans le service de M. Key, chirurgien fort distingué, un homme auquel on avait complètement oblitéré, par l'application de la potasse caustique, la veine saphène devenue variqueuse, et sans donner lieu au moindre accident : procédé déjà employé plusieurs fois et avec semblable résultat. M. Key procède à-peu-près d'après le même principe que nous avons indiqué pour le traitement des tumeurs érectiles. — Si cette pratique réussit si bien pour les veines volumineuses de la jambe, ne pourrait-on pas l'appliquer aux varicocèles? Ne serait-elle pas préférable à la compression récemment essayée par M. Breschet? Je n'ai encore vu que deux malades qui ont subi cette opération ingénieuse; chez tous les deux, des plaies existent, causées par la compression. Or, si nous pouvons produire des petites escarres sur le trajet des veines par la simple application de la potasse; si ensuite nous pouvons enflammer et oblitérer ces veines elles-mêmes par une nouvelle application, etc., rien ne nous paraît plus simple que ce procédé pour le malade et pour l'opérateur. J'espère revenir plus tard sur ce sujet intéressant.

Ainsi, pour nous résumer, nous croyons pouvoir établir en principe, 1° que les tumeurs érectiles cutanées et sous-cutanées, congéniales ou non congéniales, petites ou volumineuses, peuvent être détruites complètement et sans dangers par les caustiques.

2°. Que le caustique est facile à manier, à suivre dans son action; facile à graduer suivant l'étendue du mal; qu'il est à la portée de tous les chirurgiens, et qu'il n'effraie pas le malade.

3°. Que les caustiques sont applicables à toutes les régions du corps, et que sous ce dernier rapport ils possèdent de très-grands avantages sur les autres méthodes.

4°. Que le traitement consécutif est extrêmement simple, souvent presque nul : quand la suppuration est trop abondante dans les tumeurs énormes, on doit, suivant M. Wardrop, y appliquer le baume du Pérou.

5°. Qu'avant l'application du caustique il est de la plus haute importance de ne pas confondre, avec les tumeurs érectiles, les fungus hœmatodes, ou médullaire, ou cancer encéphaloïde; car on ne saurait, ce me semble, trop se garder de toucher à cette terrible maladie.

§ VII. *Méthodes diverses.* — M. Wardrop n'a pas encore publié les beaux résultats de son expérience avec la potasse caustique; c'est peut-être pour cette raison que beaucoup de ses compatriotes ont employé des méthodes plus ou moins incertaines; c'est ainsi que MM. Hodgson, Earle, Downing, Commin, ont eu recours à la vaccine, qui a, il est vrai, parfaitement réussi dans certains cas, mais quelquefois complètement échoué; d'ailleurs l'emploi de cette méthode est assez limité, puisqu'elle exige, dit-on, pour réussir, que les malades n'aient point subi la vaccination. Le docteur Downing, qui préfère cette méthode à toute autre, parvint à guérir une tumeur assez volumineuse située sur l'apophyse mastoïde; il assure que le malade n'éprouva point de douleurs, et quelques semaines suffirent pour amener la guérison. Le médecin irlandais nous dit que la suppuration de la tumeur était assez considérable, et d'un autre côté il affirme que cette opération ne laisse aucune cicatrice; il me semble qu'il y a ici un peu d'exagération. Enfin il paraît que les chirurgiens anglais commencent à renoncer à ce mode de traitement, sur lequel fort peu de choses a été publié.

Le séton a aussi trouvé des partisans. M. Lawrence, consulté par une dame pour une tumeur considérable de la face, suivit le conseil de M. Fawdington, de Manchester, qui paraît avoir guéri de cette manière des tumeurs érectiles. Malheureusement je ne puis obtenir le journal anglais où ces faits sont consignés (1). Il traversa le milieu de la tumeur par un séton; cette opération ne causa presque point d'inflammation.

M. Lawrence, quelques jours après, retira un peu le séton, y appliqua du nitrate d'argent et le passa de nouveau dans la tumeur; cependant peu d'irritation s'ensuivit. Le chirurgien se décida alors à retirer le séton, et eut recours à la potasse caustique qu'il introduisit dans l'intérieur de la tumeur au moyen de l'ouverture que laissait le seton. La destruction partielle de cette tumeur se fit; on vit qu'il y avait nécessité d'agir sur sa surface externe, et par ce moyen on parvint à anéantir presque entièrement la maladie. M. Lawrence a fait quelques réflexions à l'occasion de ce fait; il pense, par exemple, que les chirurgiens exagèrent beaucoup le danger de l'inflammation et de la suppuration à la suite de pareilles opérations. Cependant nous allons voir que le séton peut donner lieu, en effet, à une inflammation intense et qui exige l'emploi des antiphlogistiques. M. Lawrence n'a-t-il point tiré, un peu prématurément, des conclusions générales d'un seul fait?

M. Macilwain (2), chirurgien de Londres, a fait deux tentatives avec le séton. Consulté pour une tumeur volumineuse du cou chez un enfant de cinq mois, pour laquelle on jugea convenable de réitérer l'emploi du bistouri, M. Macilwain commença par enfoncer dans le centre de la tumeur une aiguille chauffée à rouge, ce qui causa « *une irritation considérable du système.* » La tumeur ne diminua point; elle s'étendait de l'oreille jusqu'à un demi-pouce de la clavicule. Le chirurgien passa, « mais avec beaucoup de difficulté », un séton à travers le milieu de la base de la tumeur. Cette seconde opération produisit une grande inflammation de la tumeur, qui augmenta rapidement, et un grand dérangement constitutionnel qui dura pendant plusieurs jours; l'enfant souffrit beaucoup, et la maladie prit une apparence fort effrayante, etc. Cependant M Macilwain passa un second séton. Une suppuration abondante s'établit et continua pendant deux ans et quatre mois, époque à laquelle les sétons furent supprimés, ne laissant alors qu'une légère décoloration de la peau et une cicatrice à l'endroit où ils avaient été passés. Cette observation, quoique très-incomplète, mérite beaucoup d'attention. L'autre observation est encore plus incomplète; la maladie n'était point entièrement guérie lors de la publication qui en a été faite; ici on eut recours à plusieurs sétons à des périodes éloignées; ils ont produit moins d'irritation que dans l'autre cas, et tout portait à croire que le malade obtiendrait une guérison parfaite.

M. Langstaff vient de m'annoncer aussi que dans quelques cas il a employé les sétons avec succès. J'avoue que la lecture des observations que je viens de citer me dispose peu en faveur de ce moyen : la douleur, la difficulté de l'opération, l'augmentation énorme de la tumeur, la durée de la suppuration abondante, etc., me porteraient assurément à préférer les caustiques.

Dans l'année 1828, M. Lloyd chirurgien de l'hôpital Saint-Barthélemi de Londres, communiqua à la Société Médicale de Westminster, un nouveau procédé pour le traitement des tumeurs érectiles : c'est l'injection, à l'aide d'une seringue d'Anel, d'une solution d'acide nitrique dans la proportion de trois à six gouttes pour 3i d'eau, dans l'intérieur de la tumeur. Pendant l'injection on doit comprimer celle-ci à la circonférence, afin d'empêcher le liquide de s'étendre aux parties saines; il faut aussi faire plusieurs injections. C'est après quatre injections de ce genre que M. Lloyd guérit un malade, dont l'observation est très-mal rapportée dans le journal où j'en ai pris connaissance. Toutefois M. Lloyd assure que très-peu d'inflammation accompagna et suivit cette opération. La seule marque qui restât, était à l'endroit où avait été introduit le tube de la seringue. Cette opération a déjà trouvé des partisans à Londres; mais je regrette de n'en pouvoir pas donner les résultats, on n'en a pas encore publié. Cependant j'apprends de mon ami, M. Baruch Toogood, qu'il vit M. Bull guérir ainsi une tumeur érectile superficielle, placée sous l'oreille, du volume d'une pièce d'un franc; une ou tout au plus deux injections furent ici suffisantes. La guérison s'obtint sans aucune cicatrice.

(1) Lancet, p. 162. 1831. Cours de chirurgie.

(2) *On deep seated nœvi.* Dans *Med. Chir. Trans.*, vol. XVIII, p. I, p. 189. 1833.

M. Toogood et mon ami M. Ward ont essayé également l'injection pour une tumeur érectile congénitale un peu plus volumineuse que celle dont nous venons de parler, mais dont le résultat ne fut point aussi heureux; ils ont seulement détruit le centre de la tumeur. Voilà tout ce que je sais sur ce procédé fort ingénieux.

Certainement, sous le rapport de la cicatrice, cette méthode présente de grands avantages; mais il est important de savoir si elle est applicable aux tumeurs érectiles volumineuses profondes; ou si elle peut guérir celles-ci sans produire de suppuration. Serait-elle alors moins douloureuse, ou plus sûre, ou plus expéditive que les caustiques, etc.? Voilà des questions que nous sommes obligé d'abandonner avec bien d'autres, parce que les faits nous manquent pour les résoudre.

Le docteur Marshall Hall, (1) médecin de Londres, déjà avantageusement connu par ses travaux, a imaginé un autre procédé qui nous paraît fort ingénieux: il consiste à enfoncer une aiguille à cataracte à bords tranchans dans la tumeur, et à lui en faire traverser l'intérieur dans huit ou dix sens différens, mais toujours sans retirer l'instrument et sans perforer les tégumens dans d'autre endroit que là où il est entré primitivement. Cette opération, qui se pratique sous la peau, a donc pour but de traverser, de déchirer et couper la tumeur ou les vaisseaux dont elle est composée, dans diverses directions, afin d'exciter l'irritation et l'oblitération de ces vaisseaux, sans produire ni hémorrhagie, ni douleur, ni cicatrice. En effet, M. Hening, chirurgien des environs de Londres, pratiqua cette petite opération sous les yeux du docteur M. Hall, pour une tumeur érectile sous-cutanée, de l'étendue d'une pièce de vingt sols; elle ne donna lieu ni à des douleurs, ni à des hémorrhagies, etc. La tumeur fut comprimée légèrement après l'opération. Mais la maladie resta stationnaire pendant plusieurs semaines; on croyait même qu'elle avait résisté à ce moyen; mais ce que des semaines ne purent effectuer, six mois l'accomplirent. Alors, en effet, la tumeur disparut complètement, ne laissant aucune cicatrice.

On vient de m'assurer que M. Hall a déjà obtenu d'autres guérisons, et bientôt il doit les faire connaître. Cette opération si ingénieuse et si délicate présentera-t-elle des chances de succès pour des tumeurs volumineuses? etc., etc.

Dans la *Lancette anglaise* on trouve un extrait du compte rendu de la Clinique de Berlin, qui nous apprend que M. Graefe emploie le cautère actuel pour la cure des tumeurs érectiles, quand elles ne sont pas profondes et quand elles sont d'un petit volume. Il obtint ainsi la guérison dans quatorze cas; cinq autres exigèrent l'excision. Quand les tumeurs sont tout-à-fait superficielles, M. Graefe se contente d'appliquer le nitrate d'argent. Une note dans le même journal ferait croire que cet habile opérateur remplace maintenant le cautère actuel par la potasse caustique.

(1) London Med. Gazette, vol. VII, p. 577. 1831.

Toutefois nous avons déjà remarqué que les auteurs ont tous dit que M. Maunoir (1) avait déjà fait usage du cautère actuel et avec succès; cependant il me semble plus que probable que c'est encore une erreur. L'observation rapportée dans son ouvrage appartient à M. Morin, qui n'appliqua le fer rouge qu'après avoir excisé la tumeur.

M. Dupuytren (2) pense que « le cautère actuel constitue un des moyens les plus puissans que l'on puisse employer pour faire disparaître les tumeurs érectiles. » Cependant ce professeur ne paraît l'avoir jamais appliqué, bien qu'il en fasse un si grand éloge.

Ainsi, puisqu'il n'existe point de faits à notre connaissance, nous sommes dans la nécessité d'abandonner ici ce sujet intéressant.

Les opérations qui consistent à faire seulement une excision partielle du mal, ou bien à n'y pratiquer qu'une simple incision, puis à comprimer la plaie avec de la charpie imbibée de certains styptiques, etc., ont été rarement employées, cependant elles ont été quelquefois suivies de succès. D'un autre côté nous savons le danger auquel les hémorrhagies exposent; nous savons aussi la difficulté de les maîtriser. D'ailleurs J. L. Petit assure (d'après la foi d'un ami), que c'était chose commune de voir mourir des malades en Italie après pareille opération. Ainsi nous croyons que cette méthode est trop hasardeuse pour être souvent employée, surtout chez les jeunes sujets qui ne peuvent résister long-temps aux pertes sanguines. Pour toutes ces raisons nous croyons inutile d'insister davantage sur un principe établi déjà par la pratique, et auquel nous avons déjà assez répondu, bien que d'une manière indirecte.

On trouve, dans les *Archives générales de méd.*, 2e. sér. T. I, p. 582, une observation de guérison d'une tumeur érectile de la langue, par l'administration du mercure. Ne faut-il pas se garder de tirer trop à la hâte des conséquences d'un fait probablement fort rare, peut-être même équivoque?

Enfin, bien que nous préférions parmi tous ces moyens la potasse caustique, nous reconnaissons que, dans certains cas, il ne faut pas adopter un traitement exclusif, et qu'on doit avoir recours à une méthode combinée. Ainsi ne pourrait-on pas essayer de diminuer l'étendue de la maladie, d'atténuer sa gravité, etc., par l'oblitération des gros troncs artériels, par la compression, par les applications réfrigérantes, etc., etc.? Les avantages d'une méthode composée sembleraient manifestes, cependant la science possède encore peu de faits à son appui, et pour cette raison j'abandonne ce sujet à l'avenir.

(1) Mémoire sur le Fungus médullaire, cit., p. 100.

(2) Clinique de l'Hôtel-Dieu, T. IV, p. 33. 1834.

—

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

—

Observation d'une altération très-grande du sang. Présence d'une quantité très-grande de pus dans le système artériel et veineux, sans origine appréciable, suivie de quelques réflexions sur ce genre d'altération; par M. A. DUPLAY, chef de clinique à l'hôpital de la Pitié.

Joséphine Guéris, couturière, âgée de 27 ans, entre à l'hôpital de la Pitié, le 24 décembre 1833, dans le service de M. le professeur Rostan. Elle était presque mourante. Sa maigreur était excessive; sa face était pâle; elle avait de la diarrhée et des sueurs nocturnes depuis quelque temps. La respiration était très-pénible, très-difficile; la malade était assise dans son lit et se plaignait continuellement. Il paraît, d'après des réponses fort incomplètes et souvent contradictoires, qu'elle était malade depuis plusieurs mois, mais surtout depuis une quinzaine de jours. Son aspect extérieur était entièrement celui d'une phthisique. La malade était si faible, elle se plaignait tellement, que l'auscultation ne fut pratiquée que très-incomplétement. Cependant comme on avait entendu du râle muqueux à grosses bulles vers la partie supérieure de la poitrine, on pensa que probablement il existait des cavernes vers ce point. Cet état s'aggrava, l'agonie survint, et la malade mourut deux jours après.

Les lésions que l'on rencontra à l'autopsie parurent si intéressantes à M. Rostan, qu'il me pria d'avoir sur cette malade tous les renseignemens possibles : mais malheureusement cette femme avait donné une fausse adresse, peut-être un faux nom; aussi me fût-il impossible d'avoir sur ses antécédens des détails autres que ceux qui lui furent pour ainsi dire arrachés un à un.

Autopsie faite 36 *heures après la mort. — Tête.* Les sinus de la dure-mère sont remplis d'un liquide d'un rose terne dans lequel nagent des flocons grisâtres et friables; les parois des sinus sont partout lisses et pâles. Toutes les veines qui passent dans la pie-mère renferment la même matière, dans certains points, et dans d'autres, une matière d'un gris-jaunâtre et qui est du véritable pus. Les membranes du cerveau adhèrent assez intimement à la substance grise, qui est généralement ramollie. Toutes les veines cérébrales renferment le même liquide que les sinus de la dure-mère. Les veines ne présentent du reste ni rougeur ni aucune altération de leurs parois. La substance blanche du cerveau, les ventricules et les divers organes qui concourent à les former sont dans leur état normal.

Poitrine. Les poumons ne présentent ni cavernes ni tubercules : leur tissu est généralement sain. En arrière et vers leur base ils sont assez fortement engoués, sans cependant présenter une véritable hépatisation. Les bronches renferment beaucoup de mucosités, et leurs parois sont légèrement rouges.

Le *cœur* est volumineux, il est excessivement distendu, surtout dans ses cavités droites. Incisé, il laisse échapper des deux ventricules, et surtout du droit, une quantité énorme d'un liquide couleur lie-de-vin, au milieu duquel nagent des caillots peu consistans, de même couleur, et de plus des flocons excessivement nombreux d'un jaune sale, friables, présentant toutes les apparences du pus à moitié concret, et semblables à ces flocons, à ces masses purulentes que l'on rencontre après la péritonite. Dans l'oreillette gauche il existe un de ces flocons du volume d'une grosse noix, entièrement libre, et nageant au milieu du sang altéré. Nulle part ces masses purulentes n'adhèrent aux parois des vaisseaux du cœur, dont la surface intérieure est examinée avec le plus grand soin. La membrane intérieure qui les revêt est lavée à grande eau; partout elle est pâle; partout elle présente sa consistance et son épaisseur naturelles. Nulle part on ne peut découvrir les traces d'une phlegmasie. L'artère, les veines pulmonaires, jusques dans leurs dernières divisions, contiennent le même liquide; partout elles offrent la même intégrité de leurs parois. Les deux veines caves sont dans le même état. L'aorte suivie dans tout son trajet renferme aussi ce liquide de couleur lie-de-vin, et ces flocons purulens observés dans les autres parties du système circulatoire. Du reste, la surface interne de l'artère est parfaitement intacte. Les veines jugulaires et les artères carotides présentent les mêmes lésions.

Abdomen. L'estomac n'offre rien de particulier. Sa face interne est pâle; la membrane muqueuse présente sa coloration et sa consistance normales. Le duodénum est sain. Dans l'intestin grêle, on aperçoit çà et là quelques points d'injection. Les plaques de Peyer sont à l'état normal.

Les parois du gros intestin sont légèrement hypertrophiées dans presque toute leur étendue. Cette hypertrophie est surtout marquée dans le cœcum dont les parois ont environ trois lignes d'épaisseur. La membrane muqueuse est le siége d'une multitude de petites ulcérations arrondies, superficielles, de la largeur d'une grosse tête d'épingle, et qui ne l'intéressent même pas dans toute son épaisseur. On peut les apercevoir dans toute l'étendue du colon lorsque l'on tend avec force les parois de l'intestin, de manière à ce que la lumière vienne tomber obliquement sur elles. Mais c'est surtout dans le cœcum que ces ulcérations se présentent en abondance. Là, elles sont un peu plus profondes et intéressent toute l'épaisseur de la muqueuse. Aussi sont-elles plus visibles, quoiqu'elles ne soient pas beaucoup plus larges que dans le colon. Tous les ganglions mésentériques sont tuméfiés; quelques-uns ont le volume de grosses noisettes. Incisés, ils présentent de la rougeur, et leur tissu ressemble assez à celui d'un poumon hépatisé; mais ils n'offrent aucune trace de suppuration. Les artères et les veines mésentériques sont remplies par le mélange de pus et de sang que nous avons rencontré dans les autres portions du système circulatoire. En examinant leurs parois, même dans des ramifications très-petites, il est impossible de retrouver aucune

trace d'inflammation. Nulle part on ne trouve d'épaississement des parois, ou ces pseudo-membranes adhérentes qui révèlent un travail phlegmasique.

Le *foie* est énorme; il s'avance jusque près de l'hypochondre gauche; son tissu est légèrement induré. Cependant on peut y découvrir encore les deux substances dont il semble formé. La veine-porte, les veines hépatiques sont exactement dans le même état que les autres portions du système circulatoire. Quant au tissu du foie, il ne présente nulle part de traces de suppuration.

La *rate* est énorme; elle a cinq pouces de hauteur sur trois pouces de largeur. Le péritoine qui la recouvre semble épaissi. Dans plusieurs points, il présente des plaques blanches, comme nacrées, de quatre ou cinq lignes d'étendue. Son tissu est excessivement ferme; au lieu d'être rouge, il est de couleur fauve. Au lieu d'être aréolaire et spongieux, il est excessivement compacte. Enfin, pour sa couleur et sa consistance, on ne saurait mieux le comparer qu'au tissu de ces foies dans lesquels on remarque un peu de prédominance de la substance jaune sur la substance rouge. Les vaisseaux spléniques renferment aussi ce liquide couleur lie-de-vin et ces flocons purulens déjà mentionnés. Du reste, leur surface interne est parfaitement intacte.

Les reins, la vessie, l'utérus, les ovaires, sont dans l'état normal, et ne présentent aucunes traces de maladies antérieures.

Appareil circulatoire des membres. — Nous avons disséqué les artères et les veines des membres; partout nous avons rencontré la même altération du liquide qu'elles contenaient. Nous avons ouvert plusieurs vaisseaux collatéraux des doigts, et l'altération du sang existait là comme partout ailleurs. Dans aucun point nous n'avons trouvé de traces d'inflammation, soit dans les artères, sait dans les veines; tous ces vaisseaux ont été incisés, leur face interne a été lavée et examinée avec le plus grand soin, et partout elle était aussi intacte que dans les autres organes de la circulation.

Nous devons à la vérité de signaler une omission qui a été faite : c'est l'ouverture des articulations. Est-ce là que nous aurions trouvé la source de cette quantité énorme de pus répandue si uniformément dans tout le système circulatoire, tant artériel que veineux? Ce n'est pas probable : car la malade, qui avait encore quelque connaissance lors de son entrée à l'hôpital, n'accusait aucune douleur dans les membres. Du reste, en disséquant les principaux troncs artériels et veineux et en pratiquant sur les membres plusieurs larges incisions, nous avons mis à découvert la plupart des articulations, et rien d'insolite n'a fixé notre attention vers ces diverses régions.

On ne saurait trop regretter que des renseignemens plus positifs n'aient été obtenus sur la marche de cette singulière maladie. Mais ce défaut de renseignemens a tenu, comme nous l'avons dit, et à l'état dans lequel était cette femme lors de son entrée à l'hôpital, et de plus à la fausse adresse qu'elle avait donnée, ce qui arrive assez souvent, soit par une mauvaise honte des malades, soit parce que les personnes chargées de les inscrire n'apportent pas tout le soin convenable quand elles inscrivent leurs adresses. Du reste, bien qu'incomplet sous plusieurs rapports, ce fait est encore digne d'intérêt, et c'est ce qui nous a déterminé à le publier tel qu'il est. Quoiqu'il se réduise aux seules altérations trouvées après la mort, on peut encore en faire découler quelques considérations qui ne seront pas sans intérêt.

Un fait que l'on ne peut contester et qui est déjà fort intéressant par lui-même, c'est la présence du pus dans tout le système circulatoire général, dans le système circulatoire pulmonaire, dans le système circulatoire de la veine porte, enfin, dans tout le système veineux et artériel, même dans des ramifications dont le calibre égale celui des vaisseaux collatéraux des doigts.

Si, sous ce premier point de vue, nous comparons ce fait à ceux désignés sous le nom de diathèse, d'infection, de résorption purulente, nous trouvons, avec cette observation, des différences très-grandes. Nous avons parcouru, dans ce but, presque tous les faits publiés sur ce point, ceux que M. Velpeau a consignés dans un premier mémoire sur la *phlegmatia alba dolens* (1), ceux qui forment la base d'un second mémoire sur l'altération du sang dans les maladies (2). Nous avons analysé tous ceux contenus dans le mémoire de Dance sur la phlébite en général et la phlébite utérine (3). Nous avons parcour la thèse de M. Dauvin où se trouvent un assez grand nombre d'observations d'infection purulente; le mémoire de Legallois (4) qui en renferme aussi d'intéressantes; enfin, toutes celles que l'on trouve éparses dans les divers recueils périodiques. Dans aucune de ces observations la quantité de pus qui existait dans le système circulatoire, n'était aussi considérable. Quelquefois il y avait du pus mêlé à des caillots dans la veine cave et les cavités droites; très-rarement on en trouvait dans les ramifications de l'artère pulmonaire, et s'il en existait dans l'aorte, c'était en très-petite quantité, quelques gouttes seulement au milieu de caillots sanguins plus ou moins volumineux; et encore nous avons noté ce désordre seulement dans deux observations rapportées par M. Velpeau. Ainsi, en admettant que notre observation fût un cas de résorption purulente, ce serait peut-être le cas le plus intéressant qui existe : sous le rapport de la quantité de pus renfermé dans le système circulatoire, et de sa répartition uniforme dans les artères et les veines.

Ce qui ne peut pas être non plus contesté et ce qui ressort également des seules lésions anatomiques, c'est qu'il n'existait, dans aucun point des organes de la circulation, des traces de phlegmasie. Sous ce point de vue nous pouvons assurer que les recherches les plus minutieuses ont été faites, que tous les vaisseaux des mem-

---

(1) Archives de Méd., 1824. T. VI, p. 220.

(2) Revue méd. 1826. T. II.

(3) Archives de Méd., décembre 1828.

(4) Des maladies occasionées par la résorption du pus. Journ. hebd., mai 1829.

bres, les sinus de la dure-mère, les artères cérébrales un peu volumineuses, les vaisseaux du col, tant artériels que veineux, ceux des grandes cavités, ont été non-seulement ouverts, mais encore débarrassés par simple lavage de la matière sanieuse qu'ils renfermaient. Dans aucun de ces vaisseaux, non plus que dans le cœur lui-même, nous n'avons même pu constater la rougeur, signe si équivoque par lui-même, et qui, isolé de toute autre altération, n'explique rien quant à la phlegmasie des vaisseaux. Combien, à plus forte raison, nous a-t-il été impossible de rencontrer, sur aucune veine ou sur aucune artère, ces pseudo-membranes adhérentes, cet épaississement, cet endurcissement des parois artérielles ou veineuses, cette injection des *vasa vasorum*, caractères auxquels tout le monde reconnaît une phlegmasie de ces vaisseaux. Or, dans la plupart des observations que nous avons parcourues, il existe, sur un point quelconque du système veineux, une phlegmasie reconnaissable aux caractères fort abrégés que nous venons d'en donner, et toujours on peut la suivre sur des ramifications volumineuses, sur une des veines principales du membre, quand même elle a commencé par des ramifications assez tenues. Et cependant, dans ces cas où une source toujours renaissante de suppuration existe, on en rencontre une quantité incomparablement moindre que celle qui existait chez notre malade.

Poussons notre investigation encore plus loin ; rappelons ici que le gros intestin présentait des ulcérations assez nombreuses, et que d'une autre part il existait de la suppuration dans les artères et les veines mésentériques. Devons-nous considérer ces lésions comme point de départ ? Nous avons examiné les veines mésentériques et les artères avec soin et nous n'avons constaté nulle part de traces de phlegmasie. Nous pouvons donc, d'après ces seules lésions trouvées après la mort, affirmer que cette suppuration si abondante ne prenait pas son origine dans une phlébite ou dans une artérite.

Faisons encore une remarque à ce sujet, remarque toute pratique, et qui, par cela même, nous semble d'un grand intérêt. Il arrive quelquefois que des femmes apportées dans les hôpitaux succombent après avoir offert des phénomènes que l'on peut confondre avec ceux observés dans l'inflammation et l'ulcération des plaques de Peyer. Cependant ces femmes sont mortes d'une autre affection ; elles ont succombé à une phlébite utérine qui date déjà de quelque temps, qui est passée à l'état chronique et qui a succédé à l'avortement. Ces femmes ont caché avec soin le point de départ de leur maladie, soit parce qu'elles ne sont pas mariées, soit parce qu'elles se sont soumises à des manœuvres coupables pour se débarrasser du produit de la conception, soit enfin, parce qu'elles sont en proie à une prostration ou à des symptômes cérébraux qui empêchent d'obtenir des renseignemens. Est-ce un cas de ce genre que présente l'observation que nous rapportons ? Nous avons porté toute notre attention sur l'utérus ; mais l'utérus était parfaitement sain ainsi que tout son système veineux. Peut-on supposer que l'inflammation, après avoir produit une suppuration abondante, ait ensuite disparu. L'analogie repousse cette supposition tout-à-fait hypothétique. J'ai eu occasion, lorsque j'étais interne à la maison d'Accouchemens, de faire l'autopsie de plusieurs femmes qui ne succombèrent à la phlébite utérine que trois mois environ après le début de la maladie ; et, dans toutes, j'ai rencontré, non seulement des traces d'inflammation dans les veines utérines, mais jusque sur le tronc des veines ovariques elles-mêmes que la maladie avait envahi de proche en proche. Dance a publié un fait analogue (1) : la malade ne succomba que trois mois après l'invasion de la phlébite. A l'autopsie, il fut impossible de se méprendre sur les lésions, qui s'étaient étendues aussi des veines utérines au tronc des veines ovariques. Nous pouvons donc affirmer que chez cette femme le point de départ n'était pas une phlébite utérine d'ancienne date, phlébite qui aurait nécessairement laissé des traces reconnaissables.

Reste maintenant un autre point à considérer. Du pus peut être porté dans le système circulatoire sans qu'il ait son origine dans l'inflammation d'une veine ou d'une artère. Il peut être, pour ainsi dire, pompé par un vaisseau veineux qui serait ouvert et béant au milieu d'un foyer de suppuration. Des auteurs recommandables soutiennent cette opinion de la simple absorption purulente. Chez notre malade existait-il quelque foyer purulent dans le sein duquel les veines pussent exercer leur action absorbante ? Des incisions ont été faites sur le tronc et sur les membres, et nulle part on n'a pu découvrir de traces de suppuration.

Mais, dira-t-on, les articulations n'ont pas été ouvertes, et peut-être est-ce là que le pus a été pompé en quelque sorte. Ici, il est vrai, les faits palpables nous manquent : puisque les articulations n'ont pas été ouvertes, nous ne pouvons pas affirmer qu'elles ne contenaient pas de suppuration. Cependant, quoique marchant sur un terrain moins solide que nous sommes dépourvus des résultats de l'anatomie pathologique, nous n'en continuerons pas moins nos investigations. Supposons, en effet, pour le moment, que du pus ait existé dans les articulations, et qu'à l'autopsie nous en ayons rencontré ; ce seul fait nous expliquerait-il tout ? De deux choses l'une, ou la suppuration s'y serait formée primitivement et aurait été ensuite résorbée et portée dans le torrent circulatoire, ou bien la suppuration des articulations n'aurait été que consécutive au voyage ou transport du pus dans toute l'économie.

Quant à la première hypothèse, je ne sache pas que des faits analogues viennent l'appuyer. A-t-on vu des articulations frappées de suppuration, et la matière purulente portée ensuite dans le torrent circulatoire par une simple absorption ? Nulle part je n'ai rencontré de fait de cette espèce. Pour l'admettre, il faudrait supposer que les bouches absorbantes, destinées à servir, pour ainsi dire, de contrepoids aux bouches exhalantes qui versent la synovie à la surface des articulations, eussent absorbé le pus en nature, et que de là, passant

(1) Archives de Méd. déc. 1828, p. 516 et suiv.

dans un autre ordre de vaisseaux, il eût pénétré d'abord dans les capillaires veineux ou dans les lymphatiques, et de là dans tout l'arbre circulatoire. Ce fait, je crois, n'aurait pas d'analogue dans la science.

Quant à cette seconde supposition que le pus existant dans les articulations, car nous supposons toujours qu'il y ait été vu, ne serait que consécutif à l'altération du sang et à son mélange avec du pus, nous trouvons partout des faits analogues. Rien n'est plus fréquent, lorsqu'une veine est enflammée, ou lorsqu'elle est béante au milieu d'un foyer de pus, que de voir les articulations les plus éloignées du siége primitif du mal renfermer de la suppuration en assez grande quantité. Nous avons observé ce fait plusieurs fois, soit à la suite de la phlébite utérine, soit à la suite des amputations ou des grandes opérations chirurgicales, et d'ailleurs la plupart des auteurs qui ont traité de ces accidens à la suite des cas de chirurgie, l'ont aussi observé assez souvent. Dans quelques cas ces suppurations, accompagnées souvent de ramollissement et de destruction des cartilages articulaires, ne s'étaient révélées pendant la vie que par des symptômes excessivement obscurs, souvent presque nuls, et qu'un œil exercé et prévenu contre ce genre d'accident pouvait seul découvrir. D'autres fois, au contraire, les malades accusaient des douleurs vers les articulations affectées, souvent même il survenait une rougeur et une tuméfaction qui n'étaient, il est vrai, jamais en rapport avec la gravité des accidens. La malade qui fait le sujet de notre observation, ne témoignait aucune douleur articulaire; aucune rougeur ou tuméfaction n'existait pendant la vie; et, dans le peu de mots qu'il nous fut possible d'en tirer, elle n'accusa rien du côté des articulations.

Ainsi, en donnant à l'omission commise la plus grande gravité qu'elle puisse avoir, c'est-à-dire en supposant que plusieurs articulations eussent été remplies de pus, la question ne serait pas entièrement éclaircie, puisqu'il resterait à savoir si cette suppuration préexistait à la présence du pus dans les organes de la circulation, ou bien si elle lui était consécutive, ce que l'analogie rendrait plus probable.

Nous ferons encore remarquer une particularité intéressante que présente ce fait singulier : lorsque du pus en nature circule avec le sang, lorsqu'on n'en retrouve même qu'une très-petite quantité dans le système veineux, on voit survenir des suppurations rapides, des abcès qui se montrent, pour ainsi dire, subitement. Les viscères thoraciques et abdominaux deviennent le siége de collections purulentes de nature toute particulière. Comment se fait-il que rien de semblable n'ait existé chez notre malade? Certes, s'il suffit, pour que ces lésions se produisent, que du pus entre en circulation, la malade dont nous traçons l'histoire aurait dû en présenter un grand nombre, et cependant rien de semblable n'existait chez elle. Il est, du reste, un fait qui m'a frappé en parcourant les observations de résorption purulente, c'est que ces abcès, dits métastatiques, ne se montrent pas toujours le plus nombreux dans les cas où une plus grande quantité de suppuration circule avec le sang; on les voit, au contraire, assez souvent dans les cas où il n'existe de pus que dans un ou deux troncs veineux.

Telles sont les particularités qui nous ont paru rendre ce fait intéressant, quoiqu'il soit incomplet. Pour que la totalité du système circulatoire ait présenté la même altération à un même degré et avec les mêmes caractères, il faut admettre que la même cause a agi partout de la même manière et avec la même intensité. Nous nous demandons si ce fait ne pourrait pas venir à l'appui de cette opinion déjà émise par Dehaen, que M. Rostan professe dans ses cours et que M. Andral adopte également, c'est que nos liquides peuvent être le siége d'altérations primitives. « Peut-être, dit M. Andral, l'époque n'est-elle pas éloignée où l'on reviendra à cette idée de Dehaen, qui admettait que, dans certaines circonstances, le pus peut se former de toutes pièces dans le sang comme on voit s'y former l'urée dans l'état physiologique (1). »

Affections chroniques du larynx, suite de syphilis ; mort par suffocation.

—Le 24 juillet 1832, fut reçu à l'Hôtel-Dieu un homme d'une constitution forte et robuste, à qui, plusieurs années auparavant, une affection vénérienne consécutive avait détruit la cloison nasale et une partie des narines. Depuis cette époque, sa respiration était restée un peu sifflante, surtout après un exercice violent. Lors de son entrée, son état était le suivant : Toux fréquente, due à un rhume contracté depuis trois semaines; sifflement de la respiration très-fort depuis la même époque; à chaque inspiration le larynx était porté fortement en avant; crachats abondans, presque purulens, nageant dans un liquide clair et couverts en partie de spume blanchâtre; pouls à peine fréquent; appétit conservé. Le nez était écrasé, l'extrémité sternale de la clavicule droite tuméfiée; sur les côtés du cou existaient des cicatrices placées un peu plus bas que ne le sont ordinairement les cicatrices scrofuleuses, et attribuées par le malade à la syphilis; les battemens du cœur s'entendaient à leur place et avec leur rhythme ordinaire; point de battemens ni de soulevemens insolites dans la poitrine; aucun signe de tubercules. Le doigt, porté profondément dans le gosier, ne sentait aucune tuméfaction, l'œil n'y distinguait rien; le bruit respiratoire était net, un peu faible et masqué en partie par le sifflement; le malade indiquait spécialement le larynx comme le point où lui semblait exister l'obstacle au passage de l'air. Le premier jour, deux applications de sangsues lui furent faites sans qu'elles amenassent aucune amélioration; il en fut de même des frictions mercurielles pendant plusieurs jours.

---

(1) Clinique médicale, T. IV, p. 663.

Le 23, respiration ronflante, ne se faisant qu'avec les plus grands efforts; voix rauque, pouls plein, résistant; figure nullement violacée; saignée de 12 onces; 12 sangsues au larynx; ventouses sèches à la partie supérieure de la poitrine. Ce traitement, répété le lendemain, produisit du soulagement, mais qui fut de courte durée; les accidens s'aggravèrent, et le 29 il y avait suffocation extrême; respiration très-laborieuse, bruyante, s'entendant du bout de la salle; crachats nombreux; pouls très-dur, saignée de deux palettes, ventouses sèches, sinapismes. Mort presque subitement, et asphyxie dans la nuit.

Autopsie. — L'extrémité sternale de la clavicule droite était considérablement tuméfiée, sans nulle trace de fracture ni de luxation; le larynx offrait des altérations remarquables. Le diamètre transversal de la glotte était rétréci de moitié par le gonflement des cordes vocales; il en était de même du diamètre du larynx par suite de l'épaississement des parois droites des cartilages thyroïde et cricoïde : ce dernier était ossifié et offrait une ulcération profonde, large de cinq lignes, formant une poche dans laquelle était enchâssée et libre une portion ossifiée et nécrosée du cartilage cricoïde, du volume d'un gros pois et de forme conique, le fond de l'ulcère grisâtre, à bords élevés, s'étendait de la base du cartilage cricoïde à celle des cartilages arythénoïdes, sauf un peu d'engouement; les poumons n'offraient aucune altération (H. L. Thomas. *Propositions.* Thèse. Paris 1833. N° 97. Pag. 12).

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

OCTOBRE 1834.

CLINIQUE ET MÉMOIRES.

—

Quelques réflexions sur la question de responsabilité médicale soulevée à l'occasion de l'affaire Thouret-Noroy ; par le Dr. Gibert.

Dans un temps où l'*égoïsme* est devenu, pour ainsi dire, un principe social, on s'explique très-bien qu'au premier abord les opinions du corps des médecins sur la *responsabilité légale* à laquelle ils sont soumis, puissent paraître influencées par l'intérêt personnel. Il nous semble pourtant qu'il ne s'est pas encore écoulé un laps de temps si considérable depuis une époque de calamité publique, dans laquelle les médecins ont montré tout ce dont le zèle de leur profession et l'amour de l'humanité les rendaient capables, et jusqu'à quel point leur devoir les entraînait à faire, en faveur de tous, abstraction de leurs intérêts particuliers. Est-ce dans des vues personnelles que, lors d'une circonstance qui n'est pas bien éloignée non plus, les médecins ont refusé de se soumettre, malgré les amendes qui les menaçaient, à une ordonnance de police dont les dispositions leur paraissaient contraires aux devoirs d'une profession, toute de confiance et d'humanité? Qu'il nous serait facile, si c'était ici le lieu, de montrer que, dans l'intérêt bien entendu de la société, aucune entrave ne doit être mise aux inspirations du médecin, inspirations qui, dans beaucoup de cas, naissent de l'occasion même ou des lumières d'une expérience toute personnelle. Fallait-il traduire *Laënnec* en justice, lorsque, le premier en France, il administrait à une dose inouie, et qu'on aurait dû croire vénéneuse, ce remède énergique, qu'un corps judiciaire proscrivait jadis, d'après les mêmes errements qu'on est étonné de voir suivre aujourd'hui par des juges du dix-neuvième siècle! Est-ce que les magistrats d'Évreux n'approuveraient pas le sentiment général de blâme et de ridicule qui s'est attaché au fameux arrêt du parlement sur l'*émétique?*

On parle d'*inobservation des règles les plus simples et les plus usuelles* (1)? Mais qu'y avait-il de plus simple et de plus usuel que de donner l'*émétique* à la dose de 1 à 3 grains au plus, et de le défendre comme *un poison* à la dose de 12, 20, 30 grains et davantage? Et cependant, c'est en violant cette règle *si simple* et *si usuelle* que Laënnec, à l'imitation des médecins de l'Italie, est parvenu à arracher à une mort inévitable, des malades que l'observation rigoureuse des règles aurait laissé succomber, sans qu'alors on eût pu judiciairement rien trouver à redire à la conduite du médecin (1). Y a-t-il en chirurgie une règle plus simple et plus usuelle que celle qui prescrit de lier les artères ouvertes? Eh! bien, pourtant, il s'est trouvé des opérateurs hardis qui n'ont pas craint d'enfreindre cette règle, en préférant la *torsion* à la ligature, ou même en s'abstenant de l'une et de l'autre. Quoiqu'il leur soit certainement arrivé de perdre quelques uns de leurs opérés (car, hélas! on peut mourir et dans les règles et hors des règles...), nous n'avons pas appris qu'aucun d'eux ait été condamné en justice! Que dire, pour finir par un exemple pris dans l'espèce, de l'arrêt d'un tribunal qui, contradictoirement à l'avis des médecins les plus éclairés (voir la consultation redigée par les médecins et chirurgiens de Rouen, dans l'affaire *Thouret-Noroy*), établit qu'un médecin aurait dû, dans tel cas, faire telle opération, plutôt que de recourir à telle ou telle autre méthode; qu'une opération d'anévrysme a été faite *trop tard;* que l'*amputation* pratiquée ensuite (par un officier de santé, en violation formelle de la loi du 19 ventose an XI) a été nécessitée par ce retard plutôt que par la maladresse de l'opérateur, etc.? Évidemment, ou il n'y a plus de foi à avoir aux lumières du bon sens, ou il faut que la toque de magistrat donne plus de savoir médical que le bonnet de docteur (2)!

---

(1) « Si, d'une autre part et dans ce cas, les clients peuvent, » jusqu'à un certain point, s'imputer de s'être adressés à un conseil » ignorant ou incapable, lorsque leur choix n'était ni limité ni » forcé, il faut reconnaître cependant que les articles 1382 et 1383 » du Code civil reprennent toute leur force, lorsqu'il y a eu mal- » adresse, imprudence, inattention, INOBSERVATION DES RÈGLES » LES PLUS SIMPLES ET LES PLUS USUELLES, etc. » (Considérans » du *jugement interlocutoire* rendu dans l'affaire Thouret-Noroy.)

(1) Dans un procès récent (l'affaire *Hélie*), un tribunal, jugeant comme la Cour de Rouen, contre l'avis des gens du métier, a condamné un accoucheur qui aurait été à l'abri de toute poursuite, si, au lieu de tenter une opération hardie, après laquelle, en fin de compte, la mère et l'enfant ont survécu, il les eût laissé périr tous les deux sans rien faire pour les secourir.

(2) « Attendu qu'il résulte de l'enquête (notez que cette enquête ne se compose que de dépositions de témoins étrangers à

En somme, nous ne craignons pas de paraître mus par de vils intérêts d'égoïsme ou par une vanité puérile d'esprit de corps, en rappelant ici :

1° Que l'*Académie royale de médecine*, dans sa séance du 14 février 1834, a adopté, presqu'à l'unanimité, l'article du projet de réorganisation médicale, qui décharge les médecins de toutes les erreurs qu'ils pourraient commettre de bonne foi dans l'exercice consciencieux de leur art, et veut que les articles 1382 et 1383 du Code ne leur soient point applicables ;

2° Que le rapport de M. Jolly, organe de la commission de l'Association de prévoyance des médecins de Paris, chargée du projet d'organisation de la médecine, contient sur la question qui nous occupe, le passage suivant : « La *responsabilité médicale*, comme conséquence des art. 1382 et 1383 du Code civil, nous a » paru aussi contraire à l'esprit de notre législation » qu'à la moralité de la médecine et aux intérêts de » l'humanité. »

Nous pouvons d'ailleurs citer des avocats et des auteurs de jurisprudence qui professent une opinion analogue. Sans remonter jusqu'à *Montesquieu* (1), qui affirmait que, devant la loi, tout médecin devait être *censé* connaître son art, et sans appeler du tribunal d'Evreux condamnant le docteur *Thouret-Noroy*, au même tribunal donnant, peu de mois après, gain de cause au docteur *Dumanoir*, bornons-nous à indiquer ici le témoignage de M. Trébuchet, *avocat* et *chef du bureau de la police médicale* de Paris, qui s'exprime en ces termes sur la question qui nous occupe :

« *La responsabilité des médecins n'est écrite explicitement dans aucune de nos lois ;* elle n'a été invoquée » jusqu'à ce jour qu'en vertu des principes généraux, » qui veulent que tout homme réponde du mal arrivé » par sa faute... » Discutant ensuite avec sagacité jusqu'à quel point les articles du Code pourraient être appliqués aux médecins, et les circonstances où ceux-ci pourraient réellement être mis en cause, le même auteur conclut par le résumé suivant :

« La société ne peut exiger d'un médecin que l'exer- » cice de sa profession en honnête homme ; la loi ne » peut réclamer de lui que l'accomplissement rigoureux » des conditions qu'elle a posées elle-même à l'exercice » de sa profession. La loi du 19 ventose au XI, qui la » régit, a bien été préoccupée de la responsabilité mé- » dicale, mais elle ne l'a exigée que dans un cas prévu » par elle, pour une infraction à l'une de ses disposi- » tions écrites : c'est celui où UN OFFICIER DE SANTÉ » AURAIT OCCASIONÉ DES ACCIDENS GRAVES EN FAISANT UNE » GRANDE OPÉRATION CHIRURGICALE, SANS APPELER UN » DOCTEUR (1). »

Ceci nous amène naturellement au cas particulier qui fixe aujourd'hui l'attention publique, cas où l'on voit précisément *un officier de santé* faire, *hors de la présence d'un docteur*, une grande opération, celle de l'anévrysme, la gangrène suivre cette opération, l'amputation du membre et la mutilation du malade succéder..., le tout sans que le procureur du roi d'Evreux paraisse songer le moins du monde à l'application de la loi du 19 ventose an XI ; bien plus, c'est le même officier de santé qui, contrairement aux dispositions précises de cette loi, a pratiqué l'opération dont les suites ont été si malheureuses ; c'est cet officier de santé, dis-je, qui est appelé à fournir la seule déposition sur laquelle puisse être établi le fait qui sert de base à l'accusation du docteur Thouret-Noroy ! (2).

Or, nous devons le dire, cette déposition nous paraît victorieusement réfutée et entièrement détruite, par la

---

l'art de guérir, sauf celle du sieur Chouippe, l'officier de santé qui s'était emparé du malade et l'avait opéré) :

« 1° Qu'en saignant au bras droit Guigne, le sieur Thouret lui a ouvert l'artère dite brachiale ;

« 2° Que T. a dû reconnaître sur-le-champ cet accident grave ;

« 3° Que cependant il a négligé, *à dessein de le dissimuler*, de pratiquer immédiatement le seul moyen indiqué par la médecine, la compression par application d'un corps dur, se contentant d'un simple bandage ;

« 4° . . . . . .

« 5° Que l'anévrysme, conséquence nécessaire de l'ouverture de l'artère, s'étant manifesté, T, en ayant été informé, au lieu de suivre encore les inspirations ou les prescriptions de son art, *c'est-à-dire*, de tenter l'opération consistant dans la ligature, avait employé, *au moins* les résolutifs, procédé qui ne pouvait amener aucun résultat utile ;

« 6° . . . Que G. a souffert, MAIS TROP TARD, l'opération de l'anévrysme, puis enfin l'amputation, etc. (Extrait du jugement rendu par le tribunal le 17 décembre 1833).

(1) Esprit des lois, liv. 29, chap. XIV.

(1) *Jurisprudence de la médecine*, etc., par AD. TRÉBUCHET ; 1 vol. in-8°. p. 186 à 190. Paris, 1834. Il est bien vrai que le même auteur semble approuver les *considérans* du jugement rendu dans l'affaire Thouret-Noroy, probablement parce qu'il y est dit que le médecin est *coupable* d'avoir négligé les *règles les plus usuelles* pour réparer une faute qu'il a au contraire cherché *à dissimuler*.

Mais, en revanche, M. Trébuchet s'exprime fort justement sur l'affaire *Hélie*, qui offre plus d'une analogie pourtant avec la précédente, surtout quant aux considérans du jugement.

« Il suffit, dit l'auteur (p. 201), de lire ce jugement pour se « convaincre des difficultés inextricables que soulève la doctrine « de la responsabilité des médecins, et de la fausse position dans « laquelle elle jette les tribunaux qui l'admettent d'une manière « absolue pour des faits de pratique ; car voici un tribunal qui ne « trouve même pas des éclaircissemens suffisans dans les longues « discussions de l'Académie royale de médecine ; le voici obligé « de discuter lui-même l'opération, en déclarant qu'il ne peut « prendre pour règle l'avis de l'Académie ; de s'en rapporter aux « déclarations d'une sage-femme, et de tracer enfin la conduite « que devait tenir l'accoucheur en cette circonstance. »

(2) De ce qu'il n'y avait point de docteur résidant précisément dans le même bourg que le sieur Chouippe on ne saurait tirer une excuse pour l'inexécution de la loi, car il y en avait dans le voisinage : c'est bien le cas de dire, qu'entendue ainsi *la lettre* tuerait *l'esprit*.

savante consultation rédigée par nos confrères à Rouen. Comme eux, nous pensons que le fait de l'existence d'un anévrysme, suite d'une saignée que l'on impute au docteur Thouret-Noroy, non-seulement *n'est pas prouvé*, mais même qu'il n'est pas probable, et nous protestons hautement contre la décision portée par des magistrats qui ont condamné un fait de pratique médicale tout à fait étranger à leurs connaissances et à leurs attributions.

Mais nous allons plus loin, et nous disons : le fait d'anévrysme serait-il prouvé, le docteur Thouret-Noroy n'en demeurerait pas moins complètement étranger aux suites malheureuses, non pas de l'*anévrysme*, comme le dit faussement le sieur Chouippe, mais d'une opération pratiquée en l'absence de celui-là seul qui pouvait légalement constater la *nécessité* de cette opération, et la manière plus ou moins régulière et plus ou moins habile dont elle a été faite : absence que rien ne justifie dans l'espèce, puisqu'en pareil cas, comme l'a surabondamment démontré la consultation médicale citée plus haut, *le retard* ne pouvait être qu'avantageux.

Quant à la gangrène qui a *nécessité* plus tard l'amputation, selon le sieur Chouippe, il y aurait beaucoup à dire sur une *nécessité* qui n'est rien moins que démontrée, et sur laquelle, dans tous les cas, la loi défendait à l'officier de santé de prononcer seul et hors de la présence d'un docteur. Cette *gangrène*, d'ailleurs, ne saurait, en aucune façon, être attribuée aux suites de la saignée; il est évident qu'elle est une conséquence directe de l'opération de l'anévrysme, peut-être inopportune, peut-être mal habilement pratiquée, peut-être même formellement contr'indiquée (1).

Ici, d'ailleurs, nous nous appuierons encore sur l'autorité d'un avocat (lettre de M. Ad. Gatine, avocat aux conseils du roi et à la cour de cassation.) En admettant *légalement* (car nous soutenons tout le contraire médicalement), que le docteur Thouret-Noroy ait commis une faute dans l'exercice de l'art, comme l'a jugé *souverainement* la cour royale de Rouen, cette faute entraîne-t-elle responsabilité? La cour de Rouen a dit *oui;* mais elle a pu se tromper, et la cour de cassation est appelée à rectifier cette erreur de doctrine. D'après M. Ad. Gatine, les règles générales (2) ne peuvent s'appliquer qu'aux cas communs à tous; il y a évidemment ici exception tirée de la profession spéciale (*generi per speciem derogatur*), et impossibilité d'établir si le malade a souffert par la faute du médecin. M. Gatine, du reste, pense, comme M. Trébuchet, que notre profession est d'autant plus sûrement exceptée de la règle générale, qu'elle est elle-même réglementée d'une manière expresse par la loi du 19 ventose an XI. Cette loi, avec le diplôme, confère au médecin le droit d'exercice sans contrôle (1), sauf toutefois le cas précis que nous avons déjà plusieurs fois rappelé, et qui, assurément, n'est point applicable au docteur Thouret-Noroy : « *Ils ne pourront* (les » officiers de santé) *pratiquer les grandes opérations* » *chirurgicales*, que *sous la surveillance et l'inspec-* » *tion d'un docteur. Dans le cas d'accidens graves* » *arrivés à la suite d'une opération exécutée hors de* » *la surveillance et de l'inspection prescrites ci-dessus,* » IL Y AURA RECOURS A INDEMNITÉ CONTRE L'OFFICIER DE » SANTÉ QUI S'EN SERA RENDU COUPABLE. » (*Loi relative à l'exercice de la médecine*, titre IV, art. 29.)

(1) Voir la consultation des médecins et chirurgiens de Rouen que nous avons citée plus haut.

Le sieur Chouippe, à la vérité, dans une *réplique* à cette consultation, a avancé pour sa justification que la *gangrène* pouvait survenir à la suite d'une opération d'anévrysme habilement pratiquée. Cette possibilité serait certainement bien difficile à établir dans les circonstances particulières où se trouvait le malade opéré, surtout quand on songe qu'il s'agit d'une gangrène de nature à motiver l'amputation.

(2) « Quiconque, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou inobservation des réglemens, aura commis involontairement un homicide, ou en aura été involontairement la cause, sera puni d'un emprisonnement de trois mois à deux ans, et d'une amende de 50 fr. à 600 fr. » (Art. 319 du *Code pénal.*)

« S'il n'est résulté du défaut d'adresse ou de précaution, que des blessures *ou des coups*, l'emprisonnement sera de six jours à dix mois, et l'amende, de 16 à 100 fr. » (Art. 320, *ibid.*)

« Tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé, à le réparer. » (Art 1382, *Code civil.*)

« Chacun est responsable du dommage qu'il a causé, non seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou par son imprudence. » Art 1383, (*ib.*)

Il est clair pour tout le monde que dans ces articles, la loi n'a point eu en vue les médecins; et que ce n'est que par une extension dont on a prodigieusement abusé, qu'on a pu assimiler des faits de pratique médicale à des accidens fortuits, à des rixes, à des contraventions aux réglemens de Police, etc.

(1) « *Nàm quod jure permittente fit, non magis delictum est quàm quod aliis non nocet.* » (VINNIUS, Inst., liv. 3, titre 15.)

Du Traitement du rhumatisme articulaire et fibreux; par M. MARTINET.

Il est peu de maladies qui éludent plus que le rhumatisme, lorsqu'il existe à un certain degré, les différens moyens que l'art emploie pour en arrêter les progrès; cette opiniâtreté est quelquefois telle que la maladie parcourt toutes ses périodes ou se prolonge indéfiniment, quelque traitement qu'on lui fasse subir. Cependant il est des règles de conduite d'après lesquelles le praticien doit se diriger, et qui peuvent le mettre à même de surmonter, dans un grand nombre de cas, les difficultés qui s'offrent le plus ordinairement. Essayons de tracer ces règles en présentant en même temps un résumé des principaux traitemens suivis jusqu'à ce jour contre le rhumatisme.

Dès qu'une articulation commence à devenir le siége de quelque douleur, que les tégumens qui la recouvrent se tuméfient et rougissent, il faut, sans donner à la maladie le temps de faire des progrès, s'il n'existe point encore de fièvre, et si l'état des premières voies ne comporte aucun traitement particulier, appliquer autour de l'articulation un nombre suffisant de sangsues, afin de faire avorter la phlegmasie; on couvre ensuite la surface enflammée de cataplasmes émolliens et narcotiques, tandis que d'une autre part on détermine une abondante transpiration, à l'aide d'une boisson chaude, d'une infusion de thé, de sureau, de bourrache, etc. C'est à cette époque également que l'administration des extraits de jusquiame ou d'aconit, et surtout l'emploi de l'opium brut à la dose d'un demi-grain à un grain d'heure en heure, deviennent d'un puissant secours.

Ce traitement peut être favorisé par l'usage de la *compression*, qui souvent a réussi pour calmer les douleurs très-vives des surfaces articulaires enflammées, ainsi que MM. W. Balfour et Varlez l'ont fait connaître. Seulement nous ferons remarquer que la compression est difficile à exercer, et qu'il faut user de beaucoup de précautions pour remplir convenablement tous les vides, tous les espaces que laissent entre elles les saillies osseuses. L'immobilité, dans ce cas, est une condition indispensable du succès.

Mais si la fièvre a précédé l'inflammation de l'articulation, et si le sujet est jeune, il est préférable de préluder au traitement par une ou deux saignées, que l'on fait suivre immédiatement d'une application de sangsues en plus ou moins grand nombre, selon l'intensité l'inflammation locale et l'étendue de la surface articulaire affectée. Cependant, tout en recommandant ici le traitement antiphlogistique, nous conviendrons qu'il est loin de toujours suffire; l'inflammation locale peut diminuer, il est vrai, souvent même cesser complètement après son emploi, mais c'est pour reparaître vers une autre articulation; et en somme, la durée du rhumatisme n'est guère, ou même n'est nullement abrégée. Quoi qu'il en soit, les saignées locales ont cet avantage, qu'elles ne nuisent jamais, qu'elles diminuent généralement la douleur, et presque toujours qu'elles préviennent la suppuration, mode de terminaison que l'on doit éviter avec soin dans toute phlegmasie articulaire. Dans tous les cas, on secondera l'action des émissions sanguines par l'usage des cataplasmes émolliens arrosés de laudanum.

Lorsque les voies digestives sont saines, que plusieurs articulations sont affectées à la fois, ou que le rhumatisme semble doué d'une grande mobilité, il faut, qu'il existe ou non de la fièvre, recourir à l'emploi du tartre stibié, méthode de traitement qui a trouvé des propagateurs trop enthousiastes, comme des antagonistes souvent injustes. En effet, il n'est point de méthode thérapeutique qui puisse se flatter de toujours guérir; et, quoique celle-là ne fasse point exception à la règle, elle compte d'assez nombreux succès pour mériter l'attention du praticien qui n'écoute que la voix de l'observation et qui connaît toute l'opiniâtreté de la maladie dont il est ici question. Chez beaucoup d'individus, mais non chez tous, cette méthode abrége extrêmement la durée des phlegmasies articulaires. Elle n'est point encore, il est vrai, dans nos habitudes thérapeutiques: beaucoup de médecins répugnent à porter le tartre stibié à la dose de six, huit, dix, douze et vingt-quatre grains par jour, et préfèrent laisser à la nature le soin d'une guérison si chèrement achetée selon eux. Mais nous leur dirons: Si l'expérience journalière démontre que ce médicament est supporté chez un grand nombre de malades sans le moindre désavantage; si l'addition d'une petite quantité de sirop de diacode, une demi-once, suffit ordinairement pour empêcher le tartre stibié d'agir comme vomitif ou comme purgatif; si, dans les cas même où ce médicament détermine quelques garde-robes, on voit à la suite de son administration la fièvre diminuer, l'inflammation articulaire se résoudre avec rapidité, la disposition du rhumatisme à se propager d'une région à l'autre, cesser complétement, doit-on rejeter un traitement qui présente de semblables chances de guérison, et cela dans une maladie où la plupart des méthodes thérapeutiques échouent? Ainsi donc, lorsque le rhumatisme est général ou tend à le devenir lorsque les phénomènes inflammatoires locaux sont intenses, et par conséquent exigeraient d'abondantes émissions sanguines pour s'en rendre maître, ou lorsque la constitution du malade et son état actuel ne permettent guère de tirer du sang, nous pensons que le tartre stibié, administré à la dose de six grains dans une potion à laquelle on ajoute une demi-once à une once de sirop de diacode, est parfaitement indiqué. Chaque jour on devra augmenter cette dose de deux grains, jusqu'à ce que les articulations cessent d'être tuméfiées et douloureuses; mais si des accidens survenaient du côté du tube digestif, ou si après six à huit jours de ce traitement aucun amendement notable n'avait lieu, il conviendrait alors de discontinuer l'emploi du tartre antimonié de potasse, et de passer à une autre médication. Pendant tout le temps que l'on fera usage du tartre stibié, on donnera pour boisson de l'eau de gomme, et si l'intensité de la fièvre l'exigeait, l'on pratiquerait une saignée; de même que si quelque articulation était menacée d'une inflammation trop violente, l'on aurait recours aux sangsues, aux ventouses ou aux vésicatoires au-dessous et au-dessus de l'articulation: enfin l'on userait, comme dans les cas précédens, des cataplasmes émolliens et narcotiques, toutefois que ce dernier moyen pût être employé sans imprimer de mouvement au membre affecté.

Si le rhumatisme s'accompagnait, et surtout s'il avait été précédé d'un état sabural ou bilieux des première voies; si la langue restait chargée, la bouche amère, et si les évacuans étaient en général, à cette époque, suivies de succès marqué dans le traitement des maladies régnantes, alors il faudrait débuter par un vomitif et administrer ensuite quelques purgatif, mais en surveillant l'état du tube digestif et des articulations, afin de changer de marche dans le cas où cette médication serait évidemment nuisible.

Quant à la méthode diaphorétique simple, elle ne nous a jamais paru d'une grande utilité toutes les fois que le rhumatisme était intense ou qu'il était complètement établi. En effet, presque tous les sujets affectés d'inflammation aiguë des surfaces articulaires transpirent abondamment, que l'on fasse ou que l'on ne fasse pas de traitement, ce qui résulte en partie de l'état d'immobilité absolue à laquelle la douleur les condamne, et pour cela ils n'en guérissent pas plus vite. Cependant quand le rhumatisme est modéré, lorsqu'il ne porte que sur un petit nombre d'articulations, qu'il paraît reconnaître pour cause une diminution de la transpiration, on peut administrer avec avantage les antimoniaux, la poudre de Dower, les boissons aromatiques chaudes, ou faire usage des fumigations dirigées dans le lit du malade à l'aide d'un tuyau de fer-blanc. A ce sujet, nous ferons remarquer que l'huile de térébenthine, qui provoque ordinairement une abondante transpiration, donnée par nous dans des cas de rhumatisme articulaire aigu, chez plusieurs malades de l'Hôtel-Dieu, ne fut suivie d'aucun soulagement notable.

Lorsque le rhumatisme articulaire est consecutif à la suppression d'une blennorrhagie, le cubèbe à haute dose, le copahu, les purgatifs sont particulièrement indiqués; bien entendu que l'on peut préluder à ce traitement par une saignée, si l'état général du malade ou la violence de l'inflammation en faisait une nécessité. Les frictions mercurielles et la compression peuvent également seconder ce traitement.

Il est encore beaucoup d'autres traitemens qui ont été proposés contre le rhumatisme, et qui ont souvent été employés, tantôt avec succès, tantôt sans aucun soulagement : tels sont le rob de sureau que l'on unit à une demi-once ou à une once de nitrate de potasse, le camphre, l'éther, l'ammoniaque, soit qu'on les prescrive à l'intérieur, soit qu'on s'en serve sous forme de linimens, pour frictions ou pour embrocations. L'esprit de mindérerus, le vin de quinquina, la teinture de colchique sont dans le même cas, et peuvent, chez quelques sujets, devenir d'une grande utilité, ou échouer complétement. On conçoit facilement d'après cela que, dans une maladie aussi opiniâtre, aussi susceptible de changemens subits que le rhumatisme articulaire, dans une maladie où une inflammation violente disparaît tout à coup, pour faire place à une autre qui se développe immédiatement sur une articulation plus ou moins éloignée de celle qui était primitivement affectée; on conçoit, disons-nous, que, dans une maladie semblable, il doit arriver souvent que le médecin attribue aux moyens thérapeutiques qu'il emploie une amélioration, une guérison qui n'appartiennent qu'à la nature, ou qu'il taxe trop légèrement d'impuissance des agens qui, en général, réussissent, mais qui n'ont échoué entre ses mains que par des circonstances tout à fait individuelles. A l'appui de ces propositions, nous citerons ces cas d'ankyloses, de carie, de dégénérescences des surfaces articulaires survenues à la suite de simples rhumatismes, et, qui plus est, chez des personnes qui ne paraissaient nullement disposées par leur constitution aux maladies chroniques des tissus blancs, comme cela s'observe d'ordinaire chez les scrophuleux. C'est qu'il est des sujets chez lesquels un organe une fois atteint, une difficulté extrême, insurmontable, s'oppose à la guérison de la maladie. Dans ces cas, le médecin n'a d'autres ressources que dans l'emploi des bains de vapeurs, des bains locaux long-temps prolongés, des vésicatoires, des moxas, des cautères; heureux encore quand il parvient à sauver le membre affecté, et que l'amputation peut-être une ressource contre une maladie qui, lors de son début, paraissait devoir guérir en moins de quinze jours. J'ai été témoin de faits semblables dans mon service à l'Hôtel-Dieu, lorsque j'étais chef de clinique de la Faculté.

Lorsque le rhumatisme articulaire est sur le point de se terminer, on doit recourir aux bains, et surtout aux douches, si les articulations restent raides et peu mobiles. C'est alors qu'il est particulièrement nécessaire de recommander aux convalescens de porter la flanelle sur toute la peau, et de les engager à éviter avec soin tout refroidissement, le rhumatisme étant excessivement sujet à récidive.

Il est une autre méthode de traitement que nous ne pouvons passer sous silence, c'est celle du professeur Hildenbrand, de Pavie, qui regarde le rhumatisme comme le résultat d'un défaut d'équilibre survenu entre la chaleur et l'électricité du corps, et celle de l'atmosphère. D'après cette théorie, le médecin applique sur toute la peau, et particulièrement sur les surfaces affectées, des corps idio-electriques, tels que le coton, la flanelle, le taffetas gommé, préalablement imbibés de substances résineuses. M. Hildenbrand a obtenu des guérisons fort remarquables de l'emploi de ce traitement, emprunt comme on le voit à la doctrine de la polarité, dont on peut prendre connaissance dans les ouvrages de Lennossek (1), d'Hartmann (2) et d'Hildenbrand (3).

Qaunt au rhumatisme des systèmes musculaire et fibreux, il exige, tant qu'il est à l'état aigu, l'emploi des ventouses scarifiées, et mieux des sangsues avec ventouses, moyen beaucoup plus précieux dans ce cas que dans le rhumatisme articulaire; en effet, il est peu de torticolis, de pleurodynies, de lumbago qui résistent à ce traitement. Du reste, les bains de vapeurs simples ou camphrés, les bains aromatiques, sulfureux, les bains égyptiens, les frictions avec l'éther acétique, avec les baumes opodeldoch, de Fioraventi, avec l'essence de moutarde, l'application sur les parties affectées, de cataplasmes chauds et narcotiques, d'un sinapisme ou du remède de Pradier suffiront, dans la plupart des cas, pour dissiper cette espèce de rhumatisme.

Le traitement du rhumatisme chronique ne diffère en rien du précédent, seulement il faut y joindre l'usage

(1) *Physiologia medicinalis*, 5 *vol.*

(2) *Theoria morbi, seu Pathologia*, 1 *vol.*—*Pharmacologia dynamica*, 2 *vol.*

(3) *Institutiones clinicæ*, 4 *vol.*

du galvanisme, de l'électricité, ou de l'acupuncture dans les cas où les malades n'ont pas d'opposition pour ce genre de traitement, ou recourir à l'administration de la teinture de colchique donnée à la dose de douze gouttes à un gros par jour, ou à l'acétate d'ammoniaque. Nous en dirons autant de l'application d'un cautère au bras ou à la cuisse, de l'emploi des eaux minérales de Barèges, de Bagnères, de Bourbonne-les-Bains, du Mont-d'Or, etc., de l'habitude de la laine sur la peau, du taffetas gommé sur les parties malades, des vêtemens chauds et secs, d'un exercice journalier, enfin d'une habitation exposée au midi.

RECHERCHES

Sur le traitement de diverses maladies des yeux ; lues à la société de Médecine de Paris, par M. P. Pamard.

(Troisième et dernier article).

Maladies de l'intérieur du globe de l'œil. — Nous trouverons ici beaucoup plus de difficultés et d'obscurité que dans la première partie de ce travail. La lésion morbide n'est plus aussi clairement soumise à notre observation, et les causes qui l'ont produite deviennent beaucoup moins évidentes. Souvent nous n'avons pour nous guider que des symptômes qui, tout en nous annonçant l'existence de la maladie, nous laissent cependant ignorer sa nature. Combien n'ont pas discuté les pathologistes sur la nature de la cataracte, du glaucôme, de l'amaurose, sans que nous soyons pour cela plus avancés aujourd'hui ; la raison en est toute simple, les affections du globe occulaire ne sont presque jamais mortelles. Il en résulte que l'anatomie pathologique n'est pas là pour nous aider dans nos recherches. Où en seraient les travaux des Corvisart, des Bayle, des Laënnec, et de tant de contemporains distingués, s'ils eussent été privés de ces moyens d'investigation.

Nous eussions désiré pouvoir suivre ici la marche que nous avons adoptée pour les affections externes, c'est-à-dire, étudier les maladies de chaque tissu considéré isolément. Mais, outre la situation des parties, nous avons une autre cause d'erreur, qui provient de la multiplicité des communications des membranes entre elles, et de leur extrême laxité. Il en résulte que très-difficilement une des parties du globe est affectée sans que les autres ne participent à la maladie.

Nous allons présenter quelques observations, que nous rattacherons aux diverses espèces de maladies admises par les auteurs, sans nous arrêter à des discussions sur leur nature, qui nous paraissent peu utiles.

Hypopion.

On sait que les collections purulentes dans la chambre antérieure proviennent, soit d'un abcès formé à la face postérieure de la cornée, et qui s'est ouvert dans la chambre antérieure, soit de petites collections puriformes qui occupent divers points de l'iris, soit du produit inflammatoire de la membrane propre de l'humeur aqueuse.

Dans ces divers cas, il est évident que le traitement doit être dirigé de manière à combattre d'abord l'inflammation, ensuite favoriser l'absorption de la matière épanchée. On doit surtout agir avec énergie lorsqu'on a affaire à un hypopion provenant d'une phlegmasie de la membrane propre de l'humeur aqueuse. En effet, comme dans toutes les séreuses, le travail inflammatoire a une extrême tendance à la production des adhérences, et elles sont ici extrêmement à redouter.

Nous avons souvent été consultés par des malades présentant des synéchies antérieures incurables, chez lesquels ont eût prévenu cet accident avec la plus grande facilité, en les soumettant dès le début de la maladie à un traitement actif.

Rolland (Claude), domestique, âgé de 22 ans, entre à l'hôpital, le 22 février 1831. Il nous raconte que l'irritation la plus légère produit chez lui un larmoiement très-abondant. Depuis quelques jours, à la suite d'une course prolongée, faite pendant un vent de nord très-intense, il survint des douleurs vives dans les yeux ; elles furent suivies d'une diminution dans la vue, qui le décida à entrer à l'hôpital, où nous le trouvâmes dans l'état suivant : les deux cornées ont perdu de leur transparence, celle de l'œil droit offre un ulcère large comme une lentille, la sclérotique est rouge au pourtour de la cornée, l'humeur aqueuse est moins diaphane que de coutume, ce qui altère la couleur de l'iris ; à la partie inférieure de la chambre antérieure, il y a un épanchement de matière puriforme plus fort à droite qu'à gauche ; les yeux sont très-douloureux, le malade y ressent des battemens, et éprouve de la céphalalgie.

Une saignée de 20 onces fut immédiatement pratiquée ; le lendemain les douleurs étant toujours vives et pulsatives, nous prescrivîmes une application de 25 sangsues aux chevilles ; 36 grains de calomel. Nous en continuâmes l'usage jusqu'au 4 mars. Il survint à cette époque un ptyalisme abondant ; mais aussi la rougeur de la sclérotique diminua, l'humeur aqueuse devint moins opaque, les douleurs disparurent complètement. Pour activer l'absorption des matières épanchées dans la chambre antérieure, nous fîmes placer un séton à la nuque.

Ces divers moyens combinés amenèrent une guérison entière et assez prompte, car Rolland sortit complètement guéri, le 23 mars, après un mois de séjour à l'hôpital.

On aura sans doute remarqué, en lisant cette observation, que nous avons employé une médication générale énergique, pour obtenir l'absorption du liquide épanché dans l'œil, mais que nous n'avons pas songé à l'évacuer par une incision pratiquée à la cornée ; c'est ici le lieu de dire notre manière de voir sur cette opération.

On sait que M. Wardrop (1) a publié sur ce sujet un

---

(1) Voyez le 4e vol. des *Transact. médico-chirurg.*

travail intéressant, qu'il est très-partisan de cette opération, et qu'il la conseille non-seulement dans tous les cas d'hypopion, mais encore dans les ophthalmies blennorrhagiques et purulentes, dans le staphylôme, enfin, dans les inflammations qui succèdent aux plaies des yeux. M. Ware (1) et Beer l'ont conseillée. Quant à nous, nous n'avons jamais cru devoir la pratiquer. Richter (2) et Scarpa (3) observent judicieusement que l'inflammation s'étant dissipée, on doit peu s'inquiéter de la présence de la matière dans la chambre antérieure. M. Lawrence (4), tout en rendant hommage au mérite de son illustre compatriote, n'a pas adopté cette opération. La raison nous paraît toute simple : comment ne craint-on pas d'augmenter l'inflammation, en faisant une incision à la cornée? Ne voit-on pas souvent après les opérations de la cataracte par extraction, les mieux faites, se développer chez des individus qui sont prédisposés, des accidens inflammatoires qui donnent lieu à des épanchemens purulens dans la chambre antérieure? Dans ces cas, l'incision de la cornée n'est-elle pas la principale cause de la maladie pour la guérison de laquelle on propose de l'employer.

Iritis.

Parmi les membranes internes, l'iris est celle dont on peut le plus facilement apprécier les modifications qu'y apportent les maladies, et chez laquelle les effets thérapeutiques peuvent être le mieux observés.

Nous ne craindrons pas d'insister sur ce sujet, car nous ne sommes pas éloignés de croire que certaines affections où l'uvée, la choroïde et même la rétine participent à la maladie, ne se traduisent que par des modifications dans l'iris. Cette raison n'aurait-elle pas porté Schmidt (5) à trop étendre le cercle de l'iritis? Car, si nous devons reconnaître que cet ophthalmographe a fait faire un grand pas à la science par son travail très-remarquable sur l'iritis, nous n'en pensons pas moins qu'il a conservé ce nom à beaucoup d'affections où d'autres membranes participent à la maladie.

Il n'entre pas dans notre sujet d'en donner ici des exemples, ce serait faire un examen critique de l'ouvrage de Schmidt, ce qui est tout à fait étranger au but qu'on se propose dans ce Mémoire; seulement, dans les observations qui vont suivre, nous indiquerons les cas où il nous paraît que les membranes postérieures participaient à la maladie, et ceux où elles étaient intactes. On sent, d'après ce que nous venons de dire, qu'il sera nécessaire de ne pas se borner à une seule observation, comme nous l'avons fait pour des maladies moins graves; elle présente d'ailleurs de très-grandes différences dans ses terminaisons, suivant le degré d'intensité ou d'étendue de l'inflammation, et suivant l'époque à laquelle on administre un traitement convenable. Il sera donc nécessaire d'en donner plusieurs observations.

Nous commencerons par l'histoire d'une iritis idiopathique peu grave, traitée dès le début, dans laquelle les membranes postérieures n'eurent pas le temps de s'affecter; elle a été observée sur nous-même. Pendant l'hiver de 1832 à 1833, nous nous livrions à des recherches assez étendues; nos occupations habituelles ne nous laissant pas tout le temps dont nous avions besoin, nous prenions sur notre sommeil. Nous fûmes, après quelques nuits, obligé de cesser notre travail, à cause d'une céphalalgie frontale vive, et de douleurs dans les yeux accompagnées d'un obscurcissement de la vue, que nous pourrions comparer à l'effet qu'eût produit un voile épais qu'on eût tout à coup placé entre les objets et nos yeux.

Nous nous couchâmes fort inquiet de ce phénomène qui était tout nouveau pour nous; mais pendant la nuit les douleurs troublèrent notre sommeil. Le lendemain matin, nous nous aperçûmes que l'iris, surtout celui du côté droit, avait une couleur jaunâtre vers son centre, tandis qu'il est habituellement chez nous d'un bleu clair. La sclérotique présentait un cercle rouge autour de la cornée; les douleurs continuèrent, mais l'obscurcissement de la vue était moindre. Il était évident que nous nous étions procuré une iritis idiopathique aiguë.

Nous fîmes des lotions avec de l'eau froide, sans obtenir de la diminution dans la douleur; enfin le soir même nous priâmes notre ami, le docteur Poussel, de nous faire une saignée du bras; il nous enleva 26 onces de sang. Cette émission sanguine calma un peu les douleurs; mais le cercle de la sclérotique et l'altération dans la couleur de l'iris persistant, le lendemain nous prîmes 36 grains de calomel. Comme il arrive chez les personnes très-irritables, au bout de vingt-quatre heures la salivation se manifesta, mais aussi il y eut une grande amélioration dans la maladie, qui se dissipa entièrement dans l'espace de huit jours, pendant lesquels nous suivîmes une diète végétale, et nous nous abstînmes de toute lecture. Après cette époque, nous pûmes reprendre nos travaux, et depuis lors nous n'avons plus éprouvé de ressentiment de cette maladie.

Nous allons, en regard de cette iritis légère, qui fut traitée avec énergie et méthode dès le début, tracer l'histoire d'une iritis grave soumise plus tard au traitement, et dans laquelle nous pensons que les membranes placées derrière l'iris, avaient participé à la maladie.

Tardent (Jacques), caporal dans la légion étrangère, âgé de 32 ans, arrivant d'Alger, avait eu les yeux fatigués par le soleil d'Afrique; il y avait été tourmenté par un mal aux yeux très-fort, d'après ce qu'il nous rapporte. Il entre à l'hôpital le 1er mars 1833, présentant les symptômes suivans; l'iris est d'une couleur jaune tirant sur le rouge, il est sans éclat; le bord pupillaire de l'iris droit présente deux flocons jaunâtres, dont l'un est situé en dedans, l'autre en haut. L'iris

(1) Op. cit.
(2) *Obs. chirurgicarum fasciculus primus*, cap. VII.
(3) Op. cit.
(4) Op. cit., pag. 233.
(5) *Uber iritis und Nachastaar*. Vienne, 1801, in-4.

gauche n'en offre qu'un, qui est placé en dedans. Dans les points où existent ces petits flocons, le bord de l'iris n'est pas mobile; les autres parties sont contractées, ce qui donne une forme irrégulière à la pupille, l'iris semble poussé en avant, la conjonctive est saine, mais on voit au dessous la sclérotique d'un rouge obscur, surtout dans les points qui avoisinent la cornée; il y a une très-grande photophobie; la vue est presque nulle, le malade éprouve des douleurs vives qui deviennent très-violentes pendant la nuit.

On voit réunis chez ce malade tous les symptômes indiqués par les auteurs comme appartenant à une iritis grave. Nous pensons que, dans ce cas, l'uvée, la membrane propre de l'humeur aqueuse, la sclérotique, peut-être même la choroïde participaient à la maladie.

Nous prescrivîmes une saignée de trente onces, et trente-six grains de calomel; il en continua l'usage jusqu'au 13, c'est-à-dire pendant douze jours, quoique depuis le 11 il y eût un commencement de salivation; mais nous avions besoin de produire une secousse violente. Le 13, le ptyalisme étant abondant, nous supprimâmes le calomel, nous fîmes placer vingt-cinq sangsues aux chevilles, nous prescrivîmes des bains généraux avec affusions froides sur la tête, nous donnâmes matin et soir un grain d'extrait de belladone à l'intérieur, nous fîmes ajouter dix grains de cette substance dans notre collyre ordinaire, avec lequel il se fit des lotions fréquentes. Sous l'influence de ce traitement, les douleurs disparurent, la photophobie cessa. Pour activer la résolution de l'inflammation, ou plutôt l'absorption de ses produits, le 26 mars, nous fîmes passer un séton à la nuque.

Enfin le 16 avril, après un mois et demi de traitement, Tardent sortit parfaitement guéri. Nous avions cependant affaire, comme on le voit, à une affection des plus graves, chez un sujet dont les yeux avaient été affaiblis par des ophthalmies antérieures, qui, par conséquent, se trouvait dans les conditions les plus défavorables.

Nous terminerons ce que nous avions à dire par une observation d'iritis syphilitique. Nous avons remarqué que lorsque la maladie était due à ce virus, elle était sujette à des récidives, si on se bornait à donner une secousse à l'économie par l'administration du calomel à haute dose; mais qu'au contraire on en obtenait parfaitement la guérison, en soumettant le malade à un traitement antisyphilitique régulier (1) ce qui, soit dit en passant, est un argument de plus contre l'opinion de ceux qui ne considèrent l'action du mercure dans la syphilis, que comme résultant d'une dérivation puissante. L'observation qui va suivre nous fournira une preuve évidente de la justesse de cette assertion.

Madame N***, de mœurs peu austères, nous fit appeler le 27 février 1833, pour lui donner des soins dans une maladie des yeux qui, depuis quelques jours, lui causait des douleurs vives, qui augmentaient la nuit, et rendaient sa vue trouble.

Nous trouvâmes en effet la sclérotique présentant autour de la cornée un cercle d'un rouge tirant sur le brun, les pupilles contractées, portées en dedans, l'iris terne, couvert de taches jaunâtres. Nous diagnostiquâmes une iritis, nous ordonnâmes une saignée qui fut immédiatement suivie de l'administration du calomel, dont la malade ne prit que pendant quarante-huit heures, et qui produisit chez elle un ptyalisme très-abondant. Le mal fut en s'affaiblissant pendant douze jours; mais à mesure que la salivation diminuait, les symptômes de la maladie reparaissaient avec une nouvelle intensité. Nous pensâmes alors que nous devions attribuer cette récidive à l'existence de la syphilis chez la malade; elle nous avoua, non sans de pressantes questions, qu'elle avait eu des rapports avec un officier polonais, et que depuis lors elle avait des cuissons aux parties sexuelles, et une perte; nous examinâmes et nous reconnûmes l'existence d'un ulcère sur les grandes lèvres.

Nous pensâmes que nous devions agir sur la cause première du mal, nous mîmes madame N*** à l'usage de la tisane sudorifique et du proto-iodure de mercure pris à la dose d'un grain matin et soir. Elle continua ce traitement pendant un mois : après ce laps de temps, l'ulcère des parties génitales disparut, ainsi que l'affection des yeux. Depuis lors elle n'a plus éprouvé de rechutes.

Inflammation idiopathique du globe de l'œil.

Nous terminerons ce que nous avons à dire sur les affections franchement inflammatoires de l'appareil visuel par l'observation d'un de ces cas où la maladie occupe évidemment les tissus contenus dans le globe oculaire, mais où il est impossible d'indiquer quelle est la membrane primitivement affectée.

On sait que Beer a nommé cette affection ophthalmie idiopathique interne; quant à nous, qui avons réservé le nom d'ophthalmie aux affections des membranes externes, nous proposerons de lui substituer le nom d'inflammation idiopathique oculaire ou diffuse, ce qui indique une phlegmasie de tout le globe oculaire, sans préciser quelles sont les membranes spécialement affectées. On retrouve, pour cette affection, le même caractère de gravité que nous avons signalé pour les maladies des tissus externes, dont le point de départ n'était pas déterminé; il existe même ici à un plus haut point, en raison de l'importance des parties qui sont le siége de l'affection.

Font, Magdeleine, devideuse en soie, âgée de 24 ans, d'un tempérament sanguin, entre le 24 décembre 1832,

(1) On pourra faire la même remarque en parcourant le mémoire de Guthrie, publié dans le *medico chirurgical review*, du mois d'octobre 1829. On connaît ce travail, dans lequel il cite plusieurs observations où il a combattu avec succès des inflammations profondes de l'œil par l'essence de térébenthine donnée à haute dose. Eh bien, on verra dans la IVe observation une nommée Anne Dugdale, présentant une iritis syphilitique, ne pouvoir être guérie que par les mercuriaux donnés jusqu'à salivation.

à l'hôpital. La maladie ne date que de trois jours ; l'œil droit est seul affecté, il est à peine rouge ; il est cependant le siége d'une douleur profonde, pulsative, qui s'étend à toute la tête, et d'une sensation que nous n'avons trouvée indiquée dans aucun auteur, et que pourtant nous regardons comme caractéristique de l'inflammation des membranes postérieures du globe, nous voulons parler d'une sensation que les malades comparent à celle que produirait une petite boule placée dans le fond du globe, et qui s'agiterait lorsque l'œil serait mis en mouvement, soit partiellement, soit par un changement de position de tête ; la vue est trouble, il y a photophobie, contraction de l'iris, commencement d'hypopion, réaction générale caractérisée par la fièvre.

Une saignée de 20 onces est immédiatement pratiquée, elle est suivie le lendemain d'une application de vingt-cinq sangsues aux chevilles, et de l'administration de 36 grains de calomel. La salivation n'arrive que le sixième jour. Pendant ce temps, l'hypopion fait des progrès, la vue devient nulle : lorsque la bouche s'affecte, nous revenons à notre application de sangsues aux chevilles, nous plaçons des vésicatoires aux bras. La salivation fut très-forte ; mais à dater du jour où elle s'est manifestée, la maladie a marché constamment vers la guérison. Enfin, le 15 janvier 1833, cette malade, qui naguère était affectée d'une des maladies les plus graves, et qui expose le plus à la perte de la vue, sortit de l'hôpital complètement guérie, conservant seulement de l'irritation dans la bouche, qui s'est dissipée depuis. Nous avons eu occasion de la revoir, elle n'a pas éprouvé de rechutes. Nous le demandons à tout observateur expérimenté : sans un traitement aussi énergique, n'est-il pas très-probable que l'œil de cette malade était perdu ?

Nous ne nous arrêterons pas plus long-temps sur les affections franchement inflammatoires ; nous allons nous occuper du résultat que nous avons obtenu à l'aide de notre traitement dans les maladies dont le caractère ne nous paraît pas être positivement déterminé.

Amaurose.

Sans pouvoir préciser la nature de l'amaurose, nous pensons que, dans beaucoup de cas, elle provient d'une irritation plus ou moins vive de la rétine ; on en a la preuve dans les altérations qu'a offertes cette membrane, lorsqu'après la mort des sujets amaurotiques, on a recherché quelles étaient les lésions qu'on observait dans le globe. On sait que Morgagni (1) a trouvé presque constamment la rétine d'une couleur rougeâtre, épaissie, quelquefois ramollie, d'autres fois ossifiée. Nous pensons aussi que souvent l'encéphale participe à la maladie. On remarque, en effet, que chez presque tous les malades, il existe des céphalalgies, des tournoiemens de tête, et souvent d'autres accidens cérébraux.

Nous ne nions pas pour cela que, dans certains cas, la nature de l'amaurose soit entièrement inappréciable : ainsi on a vu l'amaurose produite par la foudre. Pendant que nous étions attaché aux hôpitaux de Paris, nous avons trouvé, chez un sujet mort amaurotique, un tubercule crû dans le nerf optique du côté droit ; Langstaff et Monteith ont trouvé ces mêmes nerfs atrophiés ; le premier de ces médecins a vu l'amaurose causée par une hypertrophie de la partie antérieure du troisième ventricule. Dans des cas pareils était-il possible de découvrir la véritable cause de la maladie ?

Nous ne finirions pas si, pour faire preuve d'une facile érudition, nous citions toutes les altérations trouvées chez les sujets amaurotiques. Nous n'en avons parlé que dans l'intention de bien convaincre nos lecteurs que, si nous conseillons notre traitement dans la généralité des cas, nous ne devons pas être surpris de le voir nous procurer des succès moins constans que dans les affections précédemment étudiées ; puisque quelques fois nous avons à combattre des altérations organiques absolument incurables. Il nous semble qu'il suffit que nous obtenions de fréquens succès, pour être en droit de conclure que nous avons adopté une manière convenable de traiter cette grave affection.

M. Lawrence, qui se livrait en Angleterre à des recherches sur les maladies des yeux, en même temps que nous en faisions en France, pense comme nous (1), que, lorsqu'on adopte le calomel pour le traitement de l'amaurose, on doit donner ce remède à haute dose, et le pousser jusqu'à une extrême salivation. Il est cependant encore loin de l'avoir donné à des doses aussi élevées que nous. Aussi chercherait-on vainement dans son ouvrage, des cas de succès aussi remarquables que ceux que nous allons citer.

Marpot (Etienne), âgé de 42 ans, tailleur d'habits, d'un tempérament lymphatico-sanguin, entre à l'hôpital le 13 juin 1833. Depuis six ans, sans causes appréciables, sa vue a diminué, enfin elle est devenue presque nulle ; il distingue pourtant encore le jour des ténèbres. Divers moyens sont employés, tels que saignées, vésicatoires, purgatifs, sans qu'il éprouve la plus légère amélioration dans son état. Le 1er juillet, il est confié à nos soins ; nous examinons le malade avec attention ; nous trouvons les yeux immobiles, les pupilles dilatées, non contractiles, la rétine parfaitement noire.

Nous prescrivîmes une saignée de 25 onces, et trente-six grains de calomel. Comme nous désirions une action vive et profonde, et que le troisième jour le remède n'avait encore produit aucun effet, nous en doublâmes la dose : la salivation parut au bout de quarante-huit heures, elle fut des plus intenses ; mais aussi, bientôt il y eut une amélioration marquée dans l'état des yeux, qui fit des progrès tellement rapides, que le dix-septième jour le malade distinguait très-nettement les objets volumineux, ce qui ne lui était pas arrivé depuis plus d'un an. Nous ne devons pas laisser ignorer que le trouble causé dans l'économie par la médication, fut assez

(1) *De sed. et causis morb.*, ep. 13, pag. 55.

(1) Op. cit., pag. 366.

grand. Le 20 juillet il y eut un accès de fièvre intense, qui, s'étant renouvelé le 22, nécessita l'emploi du sulfate de quinine, auquel il céda. Des bains avec affusions froides sur la tête, du petit lait, des vésicatoires furent employés.

Sous l'influence de ce traitement, la santé générale se rétablit, l'état des yeux s'améliora chaque jour; le 13 juin, Marpot sortit se portant à merveille et ayant recouvré une excellente vue. Il a depuis repris son état de tailleur qu'il exerce dans notre ville.

Nous avons à dessein choisi une amaurose ancienne, parce que ce sont celles qui résistent avec le plus d'opiniâtreté aux traitemens les plus méthodiques. Nous allons citer une observation d'amaurose récente.

Gillet (Jean), cardeur en laine, âgé de 49 ans, entra à l'hôpital le 20 janvier 1833, présentant une amaurose qui ne datait que de quelques jours, et qui était survenue sans causes appréciables. Une saignée de 25 onces fut pratiquée; 36 grains de calomel furent pris pendant quatre jours. Après ce court espace de temps, il survint une salivation abondante; le calomel fut supprimé, des bains furent prescrits; la vue se rétablit complètement, et le 9 février, Gillet sortit, parfaitement guéri.

Nous bornerons là nos observations : nous dirons seulement, en terminant ce qui concerne l'amaurose, que certainement nous n'avons pas toujours eu des succès aussi brillans; mais nous pouvons affirmer que lorsque notre traitement a été continué avec persévérance, qu'on n'a pas craint, dans les cas graves, de renouveler plusieurs fois la secousse produite à l'économie par l'action du remède, nous avons eu des succès presque constans.

Hemeralopie.

Nous regardons cette maladie comme une variété de l'amaurose. En effet, elle a évidemment son siége dans la rétine, car l'œil n'offre aucune altération apparente dans son organisation : elle est le plus souvent causée par une action trop forte et permanente d'une lumière vive sur la rétine. Nous l'avons en effet observée fréquemment chez les soldats, dont la plupart viennent d'autres parties de la France où le ciel est plus souvent couvert, et qui, dans notre climat sec et chaud, sont tous les jours exposés, pendant des manœuvres qui durent plusieurs heures, aux ardeurs de notre brillant soleil. Mais nous ne devons pas nous dissimuler que nous avons ici à nous défier d'une cause d'erreur qui réside dans la mauvaise foi de certains militaires. Les soldats sachant que cette affection n'est pas caractérisée par des altérations dans l'œil, facilement appréciables, en simulent l'existence pour obtenir leur réforme; on conçoit facilement, combien il est important de s'assurer de l'authenticité de la maladie. En effet, si elle était feinte, il pourrait arriver qu'un militaire qui aurait eu l'idée d'employer ce moyen pour se faire réformer, fût ennuyé du traitement sévère auquel il serait soumis, et pour s'y soustraire, se déclarât guéri, ou qu'au contraire, doué d'une plus grande force de volonté, il affirmât être toujours dans le même état, après avoir subi avec résignation un traitement qui ne laisse pas que d'être pénible. Dans le premier cas, on serait exposé à se flatter d'un succès illusoire; dans le second, on déplorerait à tort une non réussite. Quoi qu'il en soit, après nous être bien convaincu de la réalité de l'existence de l'héméralopie, nous ne l'avons jamais vue résister à notre traitement. Quant à la nyctalopie idiopathique, nous n'avons pas eu l'occasion de l'observer.

Ballet (Joseph), caporal au 23e de ligne, âgé de 27 ans, entra à l'hôpital le 12 mars 1832. Les yeux ne présentaient aucune altération, cependant le regard paraissait incertain; lorsque le soleil était couché, le malade n'y voyait plus du tout, il ne pouvait pas même se conduire. Plusieurs fois il lui était arrivé des accidens qui annonçaient que la maladie n'était pas feinte. D'ailleurs les renseignemens pris auprès de ses chefs étaient très-favorables.

Le 13 une saignée de 20 onces fut pratiquée; le 14 on prescrivit le calomel, qui fut pris jusqu'au 17 : la salivation étant survenue, on le supprima. Dès ce jour, le malade crut s'apercevoir que sa vue cessait plus tard; le mieux fit des progrès rapides, le 25 du même mois, les yeux ayant repris l'intégrité de leurs fonctions, Ballet voulut sortir, quoique la salivation n'eût pas encore entièrement cessé.

Nous pensons qu'il est inutile de dire que nous n'avons jamais eu recours aux fumigations de foie de mouton rôti, dont parle Scarpa, comme étant très-usitées en Chine et en Italie.

Hydrophthalmie.

Pour être fidèle à notre plan, il paraîtra peut-être à certains de nos lecteurs, que nous n'aurions pas dû reléguer l'étude de cette affection à la fin de ce Mémoire, mais plutôt la placer au chapitre où nous nous sommes occupé de l'inflammation de la membrane de l'humeur aqueuse : ce n'est cependant pas sans quelque raison que nous avons suivi cette marche. Certainement on ne peut nier qu'alors il y a hypersécrétion de l'humeur aqueuse; mais cette membrane est-elle seule malade? Nous ne le pensons pas, du moins dans la généralité des cas. Ainsi on observe cette augmentation de volume du globe dans certains staphylômes de la cornée, dans le synchisis, qui sont, comme on le sait, des maladies des plus graves. Aussi, selon nous, l'hydrophthalmie est l'expression d'une profonde altération dans les humeurs de l'œil, dont le pronostic est des plus fâcheux, mais qui cependant n'est pas au-dessus des ressources de l'art, lorsqu'on n'a pas laissé le temps à la maladie de rendre les altérations du globe irréparables.

Nous pourrions citer plusieurs observations, où nous avons obtenu des succès dans des cas qui paraissaient incurables; mais comme elles ont entre elles beaucoup d'analogie, nous nous bornerons à celle qui va suivre : elle nous paraît être une des plus intéressantes, à cause

de la gravité de la maladie, et de la promptitude de la guérison.

Jaume (Louis), domestique, âgé de 28 ans, entre à l'hôpital le 12 février 1831. Il ne peut préciser l'époque de l'invasion de la maladie, il ne s'était aperçu de son existence que par une diminution progressive dans la vision, sans qu'il éprouvât la moindre douleur. Depuis trois ou quatre mois, la marche de la maladie était plus rapide, il était survenu un larmoiement continuel, qu'on doit attribuer à un volume considérable du globe, tel que les paupières ne peuvent plus le recouvrir complètement; la vue, quoique très-faible, n'est pourtant pas tout à fait abolie; les yeux n'offrent d'autre altération apparente que cette augmentation considérable dans leur volume, qui les fait saillir en dehors des orbites, et donne au malade un aspect extraordinaire. Du reste les membranes conservent leur aspect normal.

Une saignée du bras fut pratiquée, des sangsues furent placées aux chevilles, le calomel fut pris pendant six jours, et produisit un ptyalisme abondant; on passa un séton à la nuque. Le 26 mars, après 27 jours de séjour à l'hôpital, Jaume sortit parfaitement guéri.

Nous avons rapidement passé en revue les diverses espèces de maladies des yeux qui ont été soumises à notre traitement. Nous dirons ici, avec M. Lawrence (1), qu'on serait porté à croire que nous voulons faire une véritable panacée du mercure dans ces affections. Pour nous, loin de regarder la fréquence de son administration comme un motif de défaveur, nous y voyons la preuve de son efficacité, puisque les faits sont là pour démontrer ses avantages.

Le temps est passé où on regardait comme un mérite la multiplicité des agens thérapeutiques: nous ne sommes pas de ceux qui proposent une foule de remèdes pour le même symptôme; nous pensons, au contraire, qu'en étudiant avec plus d'attention l'action des médicamens énergiques, on pourra en diminuer le nombre, débarrasser la thérapeutique de tous ces agens illusoires qui n'ont d'autre mérite que de porter le nom d'un remède, et qui ont l'inconvénient d'inspirer une dangereuse sécurité aux hommes peu profonds, qui croient avoir été utiles à leur malade, lorsqu'ils ont prescrit quelque formule prise dans une pharmacopée. Nous croyons que plus on simplifiera les traitemens, plus on leur donnera de certitude: et plus on aura rendu de services à la science. Nous nous estimerons heureux si ceux qui lisent ce Mémoire, trouvent que nous avons atteint ce but, pour une branche de la thérapeutique aussi importante que celle qui s'occupe du traitement des maladies des yeux. « *Medicus præstantior, qui in præscribendis parcior* » (Stoll).

Nous n'avons cité qu'une ou deux observations pour chaque spécialité morbide, afin de diminuer autant que possible des répétitions qui sont invariables dans un répertoire d'observations de diverses maladies qui ont été toutes soumises à un traitement presque identique. Nous aurions craint de fatiguer le lecteur en augmentant le nombre, seulement nous dirons qu'elles ont été puisées dans notre journal quotidien qui en contient au moins trois cents. Qu'on juge par là de la profonde conviction où nous sommes de l'utilité de notre traitement. Nous ne nous sommes pas hâté de publier les faits puisque nos recherches remontent à quatre années, afin que l'expérience fût là pour nous dire que nous ne proposions pas un de ces moyens éphémères qui ne réussissent que dans les mains de leur auteur. Nous ne sommes d'ailleurs pas les seuls qui aient conseillé la salivation dans le traitement des maladies des yeux, seulement nous avons généralisé plus que qui que ce soit ce mode de traitement, et nous avons acquis la conviction qu'on pouvait sans danger la procurer par l'usage journalier du calomel donné à des doses beaucoup plus élevées que celles qui ont été employées avant nous.

Nous espérons que nos lecteurs, surtout ceux qui sont attachés à de grands hôpitaux, vérifieront bientôt l'exactitude de nos assertions. Si, comme nous n'en doutons pas, notre traitement leur procure les mêmes succès que nous avons obtenus, il sera bientôt généralement adopté, et nous serons heureux si, en lisant ce travail, on dit qu'en le publiant, nous avons suivi le conseil de Cicéron « *Aliquid semper ad communem utilitatem affe-* « *rendum.* »

(1) Op. cit., pag. 367.

Extrait du rapport de M. Demours sur le Mémoire précédent.

La Société nous a chargés, M. Sanson et moi, de lui rendre compte d'un Mémoire intitulé: *Recherches sur le traitement de diverses maladies des yeux*, par M Pamard, docteur en médecine, chirurgien en chef des hôpitaux civils et militaires d'Avignon, etc.

Ce travail doit d'autant plus intéresser la Société que c'est, pour ainsi dire, d'après ses instances, que M. Pamard a continué ses recherches avec une très-louable persévérance.

Le mémoire dont il s'agit se divise en deux parties principales. Dans la première, M. Pamard se livre à des considérations générales sur les maladies des yeux. Il signale plusieurs inconvéniens qui se sont introduits dans la thérapeutique oculaire; relève des erreurs, des préjugés, malheureusement trop communs dans la pratique de cette partie de la chirurgie. Quoique nous ne partagions pas les préventions défavorables de l'auteur contre la médecine ophthalmologique française, et qu'il nous fût facile de prouver que nous ne sommes pas plus en arrière en France sur ce point de pathologie que sur d'autres, nous approuvons cependant M. Pamard d'avoir étudié avec soin la clinique oculaire des médecins étrangers, et notamment celle des praticiens anglais.

C'est avec raison que l'auteur de ces recherches insiste sur cette vérité, qu'il n'y a point d'organe où il soit plus important d'arrêter promptement l'inflammation, que l'œil. A cet égard, il remarque encore qu'on attend beaucoup trop des topiques. Cette remarque est juste en

général. Cependant on peut assurer que cet abus a beaucoup diminué à Paris, et dans la plupart des grands hôpitaux de la France.

Telle est, Messieurs, l'analyse succincte du Mémoire de M. le docteur Pamard. Ce Mémoire, entièrement pratique, renferme des vues pleines de justesse et des principes sur le traitement des maladies des yeux, d'autant plus importans que souvent ils sont oubliés ou négligés. Les faits et observations rapportés par l'auteur sont d'ailleurs nombreux, bien choisis, bien exposés; enfin, ce travail nous paraît être l'œuvre d'un homme instruit et d'un bon praticien.

Cependant, après ces justes éloges adressés à l'auteur de ce Mémoire, qu'il nous soit permis de faire quelques remarques critiques. Les médecins anglais n'ont jamais employé le calomel à des doses aussi fortes que M. Pamard; ils ont reconnu, d'une part, que la salivation, quand elle avait lieu, n'opérait pas toujours une révulsion capable de guérir la maladie de l'œil; de l'autre, que cette salivation déterminait souvent une vive inflammation de la bouche, et même des ulcérations d'une guérison quelquefois très-difficile; c'est alors ajouter un mal à un autre. Les mêmes praticiens anglais, dans l'intention de prévenir ou du moins de diminuer les diarrhées, suite de l'emploi du calomel, ajoutent presque toujours à ce médicament un peu d'opium. Cette pratique nous paraît très-rationnelle, et nous regrettons que l'auteur n'en ait pas observé les effets.

Nous regrettons également que M. Pamard, qui a suivi avec soin la thérapeutique oculaire des médecin anglais, ne fasse aucune mention des faits observés pa le docteur Guthrie sur l'emploi du nitrate d'argent un à l'axonge, dans la plupart des ophthalmies. Ce moye actif, dont beaucoup de praticiens font maintenant usag en France, est d'ailleurs très-anciennement connu. U de vos commissaires l'a employé depuis long-temps, des doses assez fortes, soit en solution, soit en pommad Bien plus, M. le docteur Serre, d'Uzès, a eu recours, e avec succès, comme nous nous en sommes assurés, à e puissant styptique, pour opérer, dans certains cas, l resserrement de la pupille. Ces faits, ainsi qu'une infi nité d'autres, prouvent qu'en France l'ophthalmiatri n'est pas aussi négligée que le pense M. Pamard. L'his toire de notre pays, les recueils scientifiques et la prati que de nos hôpitaux ajouteraient encore à ces preuves

La forme de ce travail laisse aussi quelque chose désirer : le peu de méthode qui s'y remarque, fai qu'on ne peut suivre les idées et les vues de l'auteur ave facilité.

Toutefois, malgré ces remarques sur quelques irrégu larités du travail de M. Pamard, d'ailleurs faciles à fair disparaître, nous persisterons dans notre opinion, sa voir : que ces recherches peuvent être utiles pour l traitement des maladies des yeux; que le traitemen presque exclusif par le calomel à hautes doses, mé rite de fixer l'attention des praticiens; enfin, que M. Pa mard doit être encouragé à continuer ses recherches

JOURNAL HEBDOMADAIRE

DES

PROGRÈS DES SCIENCES

ET

INSTITUTIONS MÉDICALES.

OCTOBRE 1834.

N° DU 4.

MÉMOIRES ORIGINAUX.

—

Réflexions sur les altérations du sang; par le Docteur DENIS, de Commercy.

Pendant des siècles la médecine a été toute humorale; le solidisme a régné de nos jours, aujourd'hui l'étude approfondie des phénomènes physiologiques et pathologiques tend à ramener l'humorisme, non l'humorisme grossier des anciens, encore moins un humorismes exclusif; cette étude porte à faire admettre qu'il existe des *lésions primitives et secondaires des fluides* aussi bien qu'il en est des *solides*. Mais jusqu'ici le nouvel humorisme ne peut former un corps de doctrine, quoique présenté d'une manière fort séduisante par M. Forget dans plusieurs articles du *Journal Hebdomadaire* (1). Les faits à son appui ne sont pas encore assez nombreux et assez concluans pour lui fournir des principes fixes, et lui donner un caractère positif. On explique aussi bien, en ce moment, plusieurs des phénomènes que réclament les partisans de l'humorisme, par l'action viciée directement du système nerveux, que par l'altération des fluides, et, avant d'opter, il faut réunir beaucoup de faits et les élaborer mûrement. Le physicien rend compte, sans doute, des phénomènes électriques indifféremment par la théorie des deux fluides, ou par celle d'un fluide unique; mais le médecin ne doit pas choisir à son gré une manière de voir les faits à double interprétation. Ce qui est permis en physique est défendu en médecine. Là, les hypothèses n'ont pas de résultats graves, ici elles peuvent tuer! Le solidiste et l'humoriste ont une thérapeutique souvent opposée, et tous deux ne sauraient avoir raison. Concluons : les travaux modernes de la physiologie et une analyse mieux raisonnée des maladies, font induire rigoureusement que, pendant le cours de ces dernières, ainsi que dans leur production, les désordres des humeurs jouent un rôle important, tantôt comme causes, tantôt comme effets; mais que nous n'avons pas encore assez de ces données matérielles qui, seules, sont propres à baser une certitude; que nous manquons surtout de recherches sur les fluides, suffisantes pour fonder démonstrativement une médecine humorale, expérimentale et rationnelle à la fois, qui puisse s'allier heureusement au solidisme, en remplir les lacunes ou les usurpations. Il faut donc se livrer à l'observation, ou plutôt à la révision des faits médicaux, avec les moyens que les sciences physiques et chimiques modernes nous peuvent fournir, pour déterminer lentement ce qui appartient aux solides, et ce qui est dû aux humeurs.

Le sang, la première, l'essentielle, sans contredit, l'humeur capitale du corps, est celle dont l'étude demande surtout d'être faite. J'ai, il y a plusieurs années, publié quelques recherches sur son état physiologique; depuis, je n'ai que rarement cessé de m'en occuper et j'ai essayé de soulever le voile qui couvre son état pathologique. Il faut l'avouer, malgré une persévérance et une attention soutenues, je n'ai obtenu que peu de résultats. Je ne connais encore comme altérations du sang en rapport avec des causes déterminées et produisant des effets certains, que : 1° certaines altérations dans les proportions de ses élémens organiques; 2° les altérations de nuances de son hématosine (par privation plus ou moins complète de l'influence de l'air); 3° quelques altérations par désorganisation plus ou moins appréciables des élémens organiques (opérés par des substances toxiques, gazeuses ou liquides); 4° plusieurs altérations par simple solution dans le sérum, sans désorganisation de substances toxiques ou non. J'ai analysé plusieurs

(1) M. Denis nous fait trop d'honneur en nous prêtant l'intention de fonder une doctrine : en commençant nos études sur l'*humorisme rationnel*, nous avons déclaré n'avoir pour but que d'établir la part qu'il est raisonnablement permis d'accorder aux humeurs dans l'évolution des maladies. (F.)

sangs malades par désorganisation d'un ou de plusieurs de leurs élémens, mais sans avoir pu remonter aux causes de l'altération. Enfin, j'ai soumis à des recherches étudiées du sang de sujets atteints de typhus, variole et autres maladies que l'on pense être produites par des miasmes, et sans rien y noter d'anormal. Il est vrai que dans la carrière laborieuse et décourageante où je suis entré, les obstacles naissent sans nombre, les uns du peu d'avancement de la chimie organique, les autres de la difficulté de distinguer les altérations vraiment pathologiques de celles qui ne sont que des désordres peu importans, ou qui appartiennent à l'état cadavérique (j'entends ici par cadavérique, le nouvel état dans lequel se trouve le sang lorsqu'il est recueilli dans un vase après la saignée). Ainsi, sans parler de l'insuffisance et même de l'infidélité des moyens physiques et chimiques d'apprécier les altérations du sang, le degré d'ouverture de la veine, l'écoulement lent ou rapide du fluide sanguin, reçu de près ou de loin dans le vase, un état nerveux momentané survenant chez la personne que l'on a saignée, tout cela, indépendamment de la maladie, rend le sang couenneux ou l'empêche de le devenir, en d'autres termes, retarde ou accélère la coagulation de la fibrine. Ainsi, des substances colorantes, sans action nuisible au corps, étant ingérées, peuvent se répandre dans le torrent circulatoire, et nuancer plus ou moins la teinte naturelle du sérum, sans qu'il y ait maladie. Ainsi, la faiblesse ou l'énergie de la respiration, une émotion plus ou moins vive, un état habituel de langueur ou une vigueur considérable, influent sur la couleur rouge de l'hématosine sans qu'il y ait altération appréciable du sang. Ainsi, des altérations de sang que l'on croirait devoir être accompagnées nécessairement d'un grand trouble des fonctions, et qui sembleraient n'être produites que par des causes graves, ont été remarquées chez des sujets à peine souffrans, etc., etc. J'ai observé, il y a quelques mois, un sérum blanc, opaque, tout à fait laiteux ; il provenait du sang d'un jeune cuirassier du 8e régiment, affecté d'une péricardite aiguë, que je traitais à l'hôpital. Ce sérum entourait et recouvrait un caillot sain, ferme et nullement altéré; séparé de ce dernier, au moyen d'une pipette, et recueilli dans un flacon à l'émeril, il s'est peu à peu divisé en deux couches, l'une, supérieure de deux doigts d'épaisseur, formait le quart du liquide, elle était légèrement crémeuse, d'un blanc un peu jaune, l'autre, inférieure, était transparente et un peu jaune comme le sérum ordinaire. Toutes deux se trouvèrent également alcalines et coagulables au même degré, par la chaleur et l'alcool. Desséchées, la matière solide de chacune d'elles mise en poudre et soumise à l'eau bouillante, lui céda les mêmes sels et en quantité relative semblable. Enfin cette matière bouillie dans de l'alcool à 40°, lui fournit les graisses du sang; mais la couche supérieure en donna beaucoup, tandis que l'inférieure en fournit à peine. La quantité de graisse correspondait à celle donnée par un poids égal de sérum ordinaire. L'état laiteux de ce sang tenait donc à l'isolement de ses graisses, d'ordinaire dissoutes dans le sérum, et, ici, libres, flottant en globules, comme cela a lieu pour une émulsion. J'étais naturellement disposé à attribuer une telle altération, déjà notée par Dobson, Marcet et Rollo dans le sang d'un diabétique, et par Traill, dans celui d'un sujet atteint d'hépatite, au trouble profond apporté à l'hématose par la péricardite; mais le fait suivant m'a forcé de renoncer à cette opinion. Un mois après l'examen du sang laiteux, une autre occasion d'en observer un semblable se présenta à moi, encore à l'hôpital. Le sujet qui me le fournit, était un cuirassier de 22 ans, robuste, gras, gros, assez coloré, de bon appétit, n'ayant pour toute indisposition qu'une dartre, pustuleuse très-légère, apparue depuis peu au visage. Une saignée étant indiquée, je fus fort étonné de voir le sérum suinter du caillot avec l'aspect laiteux déjà noté. Il fournit les mêmes résultats expérimentaux que le précédent. J'ai fait saigner, il y a un an, un jeune homme sujet à des hémorrhagies nasales, et qui, depuis quelque temps, n'en était plus incommodé, mais qui avait les yeux rouges et la tête lourde, sans autre souffrance; la veine fut ouverte largement, et le sang reçu, partie dans un vase large, partie dans un vase étroit. Il se recouvrit bientôt, dans les deux vases, d'une couenne tellement épaisse que le caillot renfermait peu de fibrine. Le sujet n'avait éprouvé aucune émotion, avant ni pendant la saignée. A quoi attribuer ces divers états du sang chez des hommes à peine malades? Il faut donc attendre encore pour assigner des causes certaines aux altérations du sang, et pour chercher à déterminer leurs effets sur les fonctions, surtout pour prononcer que la cause d'une maladie a frappé les organes par la voie des fluides, ou que c'est le désordre de ceux-ci qui occasione les troubles observés.

Ces réflexions me conduisent à l'exposé détaillé d'un cas remarquable d'altération du sang qui, malgré l'obscurité de ses causes et de ses effets, ne m'en paraît pas moins curieux.

J'ai été invité le 17 décembre 1833, par le juge de paix de Commercy, à me rendre avec lui au domicile du nommé P... garde forestier de cette ville. Arrivé là à 8 heures du matin, j'ai trouvé, étendu sur un lit, le corps d'un homme de 45 ans, S... garde forestier de Vignot, village très-voisin de la ville. Il conservait la chaleur d'un homme en vie, n'avait pas les membres rigides; la peau était pâle, livide, les ouvertures naturelles décolorées, sa bouche vide, sans teinte ni odeurs particulières. La percussion de la poitrine fit entendre un son normal; aucun battement de cœur, point de respiration. Le ventre était un peu ballonné. Point de traces de violences extérieures. Les vêtemens n'offraient aucun désordre, ni taches récentes ou anciennes. Les moyens à mettre en usage pour rappeler la vie furent inutiles; le corps n'était qu'un cadavre. La rigidité cadavérique ne parut pas promptement, et elle durait encore au moment de l'autopsie faite le 19 au matin. En y procédant, j'ai fait un examen des plus scrupuleux de toutes les parties du corps que j'ai à vrai-dire, disséquées complètement. Point de traces de contusions, meurtrissures ou plaies. Aucune luxation ou fracture. La voûte osseuse du crâne enlevée et la dure-mère incisée, je

trouvai un encéphale sain dont les ventricules étaient exempts de sérosité et les vaisseaux presque vides de sang. La moelle épinière et ses dépendances étaient sans altérations. La poitrine et le ventre ouverts, on n'y apercevait aucun indice de lésions. Péricarde sain contenant un peu de sérosité : cœur de bonne consistance, de la grosseur du poing du sujet, ventricules, oreillettes et valvules en bon état, un peu de sang dans les cavités gauches sans caillots. Grosses artères et grosses veines d'un calibre convenable ; leur membrane interne un peu plus colorée qu'elle n'est d'ordinaire. Les veines caves et toutes les fortes veines étaient remplies d'un *sang dépourvu de caillot, brun-rouge clair, chocolat au lait un peu foncé, demi-fluide.* Les poumons bien crépitans, nullement emphysémateux, se trouvaient un peu engorgés à leur partie postérieure (le cadavre a été couché sur le dos). Péritoine sain, humide. Foie et rate, d'un volume médiocre. Reins, vessie et dépendances sains (la vessie vide). Alors j'ai examiné la bouche, le pharynx, les voies respiratoires et l'œsophage, tous à l'état normal, puis j'ai lié la partie inférieure de ce dernier et le rectum le plus bas possible, pour enlever la masse gastro-intestinale. Cette opération terminée, j'ai recueilli tout le sang de la veine cave, que j'ai mis de côté dans un flacon pour l'examiner dans mon laboratoire. L'estomac ouvert, il contenait du gaz d'odeur cadavéreuse, et 2 ou 3 cuillerées d'un liquide lie de vin clair, muqueux que j'ai recueilli et renfermé dans un vase. Les parois gastriques n'offraient rien de remarquable, si ce n'est un pointillé très-serré, couleur ardoisée, dans le grand cul-de-sac, sur un espace de 4 pouces carrés ; un peu de rougeur dans le reste de la muqueuse, et les vaisseaux veineux qui rampent entre les membranes de l'estomac, gonflés de sang. L'intestin grêle arborisé dans toute son étendue par la réplétion sanguine de ses vaisseaux veineux, étant ouvert, il s'en échappa du gaz et environ un demi-litre d'un liquide lie de vin clair, ou plutôt chocolat au lait, mêlé de mucosités. La membrane muqueuse était injectée en pointillé comme dans les congestions hémorragiques ou dans certaines congestions passives ; elle paraissait çà et là un peu molle, les grappes folliculaires de Peyer et les criptes de Brunner étaient un peu tuméfiés, mais sans rougeur. Le liquide a été placé dans un vase, comme celui de l'estomac. Le duodénum étant incisé et environ un pied du jéjunum, on vit un tænia qui s'étendait depuis le bout supérieur de cet intestin jusqu'au cæcum. Ce tænia *non armé* faisait de nombreux replis, et, près du gros intestin, se trouvaient 7 à 8 de ses articulations séparées du tronc. Cet animal avait environ 15 pieds, et baignait dans le liquide mucoso-sanglant que renfermait l'intestin. Il existait à un pied du cæcum deux invaginations de l'iléon, chacune de 2 pouces d'étendue, sans constriction et même presque sans pâleur de la portion invaginée. Le cæcum, le colon et le rectum, sains, mais distendus par des gaz : le dernier renfermait seul des matières stercorales, fort consistantes et en quantité médiocre. Ces matières brun-jaune, bien digérées devaient appartenir à une digestion de au moins 24 heures. J'ai placé dans un grand vase l'estomac et l'intestin grêle, pour être l'objet de recherches chimiques auxquelles j'ai commencé de procéder le jour même. Ce jour encore j'ai fait une série d'expériences sur le sang des gros vaisseaux veineux et sur le contenu de l'estomac et des intestins. Je passe sous silence les travaux minutieux que j'ai entrepris alors pour découvrir s'il y avait un empoisonnement ; il suffira de dire, que les moyens chimiques variés que j'ai employés, n'ont pu révéler aucune trace de substances toxiques dans les parois du canal alimentaire, dans son contenu et dans le sang. L'altération de ce fluide m'a alors singulièrement frappé. Celui qui était épanché dans le tube digestif avait les mêmes caractères que celui recueilli directement dans les vaisseaux.

Ce sang, comme je l'ai déjà dit, dépourvu de caillot, d'une couleur brun-rouge, ressemblait à du chocolat au lait ou à certaines lies de vin claires, était demi-fluide, d'odeur fade. Il verdit le sirop de violettes, et ramena au bleu le papier de tournesol rougi par un acide. Étendu d'eau, et passé à travers un linge à mailles convenables, il ne s'en sépara pas de fibrine ; laissé ensuite en repos, une partie se déposa lentement, et une partie resta en suspension et donna un liquide trouble, sale, rouge vineux clair ; ce liquide filtré devint limpide, transparent, et conserva la couleur rouge très-claire. Il resta sur le filtre une substance semblable à celle déposée et à laquelle elle fut mêlée pour en faire l'examen. Elle était onctueuse, d'une odeur fade, un peu grumeleuse, surtout vue à la loupe ; la couleur, après le lavage, parut moins foncée, elle devint à peu près café au lait. Il fallut un temps très-long pour en séparer le liquide, et lui donner toute la consistance qu'elle pouvait prendre, bien qu'elle eût été placée sur un filtre convenablement disposé. Cette substance ressemblait complètement à la combinaison d'albumine et d'hématosine que j'ai signalée dans mes recherches sur le sang, et qui s'obtient en chauffant de l'hématosine et de l'albumine dissoutes dans beaucoup d'eau, en quantité égale. Soumise aux mêmes expériences elle se comporta exactement de la même manière. Quant au liquide de lavage bien filtré, le sous-acétate de plomb y produisit un précipité d'albuminate de plomb, sans décolorer le liquide ; du solutum de sulfate de soude enleva à ce dernier le plomb qu'il retenait et la chaleur en précipita ensuite de l'hématosine. Cent parties de sang altéré, donnèrent 78 d'eau et 22 de matières solides ; celles-ci brûlées et lessivées plusieurs fois fournirent un centième de sels alcalins et de soude ; calcinées enfin elles laissèrent 3 millièmes de cendres calcaires et ferrugineuses. Une autre portion de ce sang étant desséchée, et traitée par de l'alcool à 40, lui abandonna les graisses que renferme le sang sain. Cent parties encore de ce sang traitées par l'eau, précipitées par l'acétate de plomb, puis décolorées par la chaleur, pour en extraire l'hématosine, en donnèrent 6 centièmes ; or je suppose que la transsudation cadavérique ait enlevé au sang des gros vaisseaux, quatre centièmes de sérum, le sang examiné au lieu de contenir 78 cent d'eau, a du probablement en renfermer 80 pendant la

vie ; mais quand le sang a 80 cent. d'eau, il contient 12 cent. d'hématosine, à peu près ; donc, on peut croire qu'il était ainsi composé pendant la vie et à l'état sain :

Eau.	80 00
Fibrine.	0 20
Albumine.	7 00
Hématosine.	12 00
Sels, etc.	1 00

Comme, après son altération, il ne restait plus que 6 cent. de matière colorante libre, c'étaient 6 cent. de cette matière qui, mise avec une partie de l'albumine du sérum, et avec la fibrine, formaient la substance onctueuse dont la présence spécifiait l'altération du sang, et lui donnait ses caractères tranchés. Le sang altéré était donc ainsi composé :

Eau.		80 00
Albumine.		1 00
Hématosine. . .	combinés. . . .	12 00
Albumine. . .		
Sels, etc.		1 00

On sait que l'on ne peut obtenir ainsi que des à peu près, mais qui sont très-près de la vérité.

A quoi attribuer les désordres des organes et du sang que je viens de décrire. A un empoisonnement ? Je n'ai point trouvé de traces de matières toxiques ; cependant ce ne serait pas une preuve que la mort ne fut pas due à l'un de ces poisons qui ne laissent pas de traces. Pour m'éclairer sur ce point, j'ai pris sur le sujet toutes les informations convenables ; en voici le résumé :

S. souffrait depuis trois années de la présence du tænia ; mais il se souciait peu de s'en débarrasser : il en éprouvait une irritation gastro-intestinale, exaspérée souvent par des excès immodérés en vin, sans néanmoins aller jusqu'à l'ivresse. La teinte gris-ardoise de l'estomac annonce en effet une irritation chronique. Cet homme va à Euville, à demi-lieue de son village, à 4 h. du soir le 16 décembre, veille de sa mort ; il y mange abondamment, et boit de même dans deux auberges avec des camarades qui n'ont nullement été indisposés. A 9 heures du soir, il retourne chez lui, légèrement ivre ; il mange à 10 heures la moitié d'un hareng, et boit deux verres de vin ; il chante jusqu'à 11 heures et demie, puis il se couche. Il se lève à 5 heures 3/4, le matin du 17, après un sommeil excellent. Sa femme lui propose du pain et du vin, ce qu'il refuse en se plaignant de l'estomac. Il faut qu'il se trouve à Commercy (1/4 de lieue de son domicile) à 6 heures. Il part et court pour ne pas manquer au rendez-vous. Arrivé à la ville chez le garde forestier, il lui dit qu'il n'a rien pris depuis la veille, que, pendant le trajet de Vignot à Commercy, il a eu des étourdissemens fréquens, de l'oppression, une vive douleur à l'estomac, qu'il a été forcé de s'appuyer plusieurs fois contre des arbres.... Alors il interrompt ses plaintes pour ôter sa blaude, et il tombe mort. On peut ajouter à son récit qu'il a vomi, probablement plusieurs fois, peu avant sa mort, car des matières fécales sèches et d'une digestion remontant à plus de 12 heures, existaient dans le rectum, tandis que les intestins grêles et l'estomac étaient vides d'alimens. Les vomissemens ont dû être douloureux, avec coliques abdominales, pour évacuer non-seulement le contenu de l'estomac, mais aussi celui de l'iléon dont le mouvement antipéristaltique est du reste témoigné par deux invaginations. Le sang ne s'est répandu dans l'estomac et les intestins, certainement, qu'après les vomissemens ; car la bouche, l'œsophage en auraient offert des traces à l'autopsie. Ces phénomènes sont-ils l'effet d'un empoisonnement ? Le poison n'avait pas été administré la veille ; le sommeil n'aurait pas été calme jusqu'au matin. Il n'a pas été administré depuis le sommeil ; S. lui-même a dit avant de mourir n'avoir encore rien pris depuis la veille. D'ailleurs cet homme était généralement aimé du public aussi bien que de sa famille.

La mort, selon les solidistes, aura dû avoir lieu sans doute par suite de la modification nerveuse qui caractérise l'iléus et une violente indigestion ; tous les désordres anatomiques et les circonstances antérieures à la mort, déposent pour l'adoption de ce genre de cause. Elle aura au contraire été occasionée, diront les humoristes, par la maladie du sang portée enfin jusqu'à la désorganisation, à la suite des excès de la veille et d'une course rapide ; de là, trouble des fonctions nerveuses, indigestion, etc. Il y a probablement quelque chose de tout cela, mais je ne me prononcerai ni pour les uns ni pour les autres. (1).

N° DU 11.

MEMOIRES ORIGINAUX.

THÉRAPEUTIQUE.

De l'emploi du seigle ergoté comme moyen obstétrical et comme emménagogue (2) ; par M. ROLLET, D. M. à Versailles.

Il ne faut rien moins que l'intérêt qui me semble s'attacher aux observations que je rapporte, pour m'engager à les publier. Les opinions sont encore si divisées sur les propriétés du seigle ergoté, que je crois faire une

(1) Nous dirons, nous, que, dans l'impossibilité, quant à présent, de déterminer la filiation de ces deux ordres de lésions, il faut au moins tenir compte des unes et des autres ; et, sous ce rapport, l'observation de M. Denis est un modèle à suivre dans les recherches de ce genre. (F.)

(2) C'est surtout sous ce dernier point de vue que le travail de M. Rollet est remarquable ; car, sous le rapport obstétrical, les faits sont aujourd'hui trop multipliés et trop avérés pour qu'il puisse rester de doute sur l'efficacité du seigle ergoté, à moins d'opposition systématique. (F.)

bonne chose en enregistrant dans la science des faits qui serviront plus tard à établir une opinion solide sur les vertus de cette substance.

Emploi du seigle ergoté comme moyen obstétrical.

1re *Observation.* Mme Th., repasseuse, demeurant à Paris, rue du Four-Saint-Germain, n° 17, 34 ans, robuste, sanguine, taille élevée, éprouva le 22 octobre 1829, à cinq heures du matin, toutes les douleurs de l'enfantement. A 9 heures du matin le travail marchait rapidement, la matrice était très-dilatée et la tête du fœtus se présentait au détroit inférieur en première position. Mais il existait, entre l'ouverture de ce détroit et la tête du fœtus, une disproportion assez notable. Cette femme, qui allait accoucher pour la sixième fois, et qui avait toujours mis au monde des enfans très-forts, n'avait jamais eu d'accouchement naturel. L'étroitesse du bassin avait toujours engagé ses accoucheurs à employer le forceps, et, quatre fois sur cinq, cette manœuvre avait été funeste aux nouveaux-nés; un seul enfant vivait, les autres étaient morts en naissant. Le dernier accoucheur de cette femme était Desalle, élève et prosecteur de M. Capuron. Ce jeune médecin que la mort a trop tôt ravi à la science, et que je ne cite que pour prouver que ce n'est pas le défaut d'habileté qui a manqué aux accoucheurs de la femme Th., ne fut pas plus heureux que ses prédécesseurs, l'enfant mourut en naissant.

Quoique je reconnusse bien chez la femme Th. une étroitesse notable du détroit inférieur, par rapport à la dimension de la tête de l'enfant, je voulus suivre les sages conseils de mes maîtres, et laisser à la nature le soin de délivrer cette femme. La matrice se contractant avec toute l'énergie dont elle est susceptible, et l'étroitesse du bassin n'étant pas extrêmement considérable, j'étais convaincu que les contractions de la matrice pourraient seules vaincre l'obstacle; me réservant d'ailleurs d'autres moyens si ceux-là ne réussissaient pas. Vers midi, le pouls de cette femme se développa, la face devint rouge et injectée, un malaise général se fit sentir. Je pensai qu'une saignée du bras, chez cette femme naturellement forte et sanguine, ne pourrait qu'être favorable à sa position; je lui tirai deux palettes de sang dont elle se trouva très-soulagée. Il y eut un peu de répit, et, pendant une heure environ, elle n'éprouva que de petites douleurs. Vers deux heures, les contractions fortes de la matrice reparurent; la poche des eaux que j'avais soigneusement conservée jusque là pour favoriser le travail, se rompit. Mais chaque contraction faisait si peu marcher la tête, que, vers les cinq heures, cette femme fatiguée et croyant bien qu'elle ne pourrait jamais être délivrée sans forceps, me suppliait de vouloir bien l'employer. Je l'engageai encore à prendre patience en lui affirmant que la tête s'avançait un peu et qu'elle n'avait plus que quelques efforts à faire pour être débarrassée. En effet, la tête s'allongeait de plus en plus et faisait déjà une certaine saillie à l'entrée du détroit inférieur. Vers sept heures du soir, la femme Th. fut plongée dans une sorte de prostration, résultat des efforts inouïs qu'elle avait fait pour expulser le fœtus. Dès ce moment, les contractions utérines devinrent beaucoup plus faibles, et, comme les forces de la malade s'épuisaient en même temps que la tête du fœtus, qui s'était d'abord allongée, semblait reprendre sa forme primitive, je vis un instant mon espoir s'évanouir. Cependant une ressource me restait; l'emploi du seigle ergoté. Je l'avais entendu louer par les uns, blâmer par les autres et j'étais fort indécis sur ses propriétés. Toutefois je savais qu'un pharmacien du voisinage venait d'en recevoir de très-bon, et je voulus en essayer. J'en prescrivis un gros qui fut concassé à l'instant même et divisé en trois paquets. Je fis prendre un de ces paquets à huit heures du soir, et les autres furent pris successivement de dix en dix minutes. Vingt minutes après l'ingestion du premier paquet, les contractions utérines devinrent plus fortes et se succédèrent avec cette rapidité qu'on remarque sous l'influence du seigle ergoté. Le travail marcha si rapidement et les contractions furent si fortes, que la tête s'engagea peu à peu dans le détroit et le franchit. Les épaules sortirent au moyen d'une petite manœuvre des doigts, et à 9 heures, la femme Th. était délivrée. Son enfant, d'une grosseur considérable, était plein de vie.

2me *Observation.* La même femme Th. redevint enceinte deux ans plus tard, et le hasard qui m'avait éloigné de cette femme de près de cinq cent lieues, m'en rapprocha pour l'époque de son accouchement. Le 23 décembre 1831, la femme Th. me fit appeler à six heures du matin. Elle éprouvait déjà les douleurs de l'enfantement depuis deux ou trois heures. Je m'assurai par le toucher que déjà le col utérin était sensiblement dilaté; mais connaissant la difficulté avec laquelle cette femme était accouchée la dernière fois, je la quittai pour aller faire mon service à l'hôpital du Gros-Caillou. Je revins à 9 heures, et je trouvai que le travail avait marché, mais que, comme la dernière fois, la tête du fœtus qui se présentait encore en bonne position, était un peu plus grosse que ne le comportait la dimension du détroit inférieur. Je laissai encore pendant deux heures à la matrice qui se contractait avec force, le soin d'avancer le travail et de presser la tête contre les parois du bassin. Mais à 11 heures, voulant tout à la fois et abréger les souffrances de la femme, et m'assurer de nouveau de l'efficacité du seigle ergoté, j'en fis prendre un gros de la même manière que précédemment. Une demi-heure après l'ingestion de la première dose, les contractions utérines étaient et plus fortes et plus rapprochées. A midi, la femme Th. était délivrée, et un gros garçon témoignait du succès du seigle ergoté.

Dans ces deux observations, on voit un obstacle à vaincre. La matrice, quoique jouissant d'une grande force de contraction, n'a jamais pu, cinq fois de suite, expulser le fœtus par sa seule force. Toujours le forceps est venu à son secours et a été funeste à quatre enfans. Et cependant dans les deux dernières circonstances le seigle ergoté est venu donner à la matrice le surcroît d'énergie dont elle avait besoin, et l'obstacle a été vaincu sans inconvénient, ni pour la mère ni pour les

enfans. Je ne crois pas qu'on puisse contester ici au seigle ergoté sa puissante influence.

3e *Observation.* Dans le courant de septembre 1832, la femme N., aubergiste à Longwy où je demeurais alors, me fit appeler pour terminer un accouchement. Cette femme était depuis deux jours dans les douleurs de l'enfantement entre les mains d'une accoucheuse expérimentée. Je trouvai la malade étendue sur un lit, les genoux fléchis sur les cuisses et les pieds appuyés sur les genoux de la matrone, qui, elle-même était sur le lit, adossée au panneau. Le toucher m'ayant fait reconnaître un travail très-avancé, une bonne position de la tête et un bassin bien conformé, je pensai que la mauvaise position de la femme pouvait bien être cause du retard qu'éprouvait la délivrance. Je construisis un lit de misère comme on a l'habitude de les établir à Paris dans tous les cours d'accouchement; j'y posai la malade; mais j'attendis vainement les contractions utérines pendant plus d'une heure. Cette femme était épuisée par les grandes douleurs qu'elle avait éprouvées pendant deux jours. La matrice elle-même semblait être tombée dans une sorte d'inertie et ne se contractait plus que faiblement, malgré les frictions que j'exerçais légèrement sur le bas-ventre avec la paume de la main. J'envoyai chez plusieurs pharmaciens pour demander du seigle ergoté; un seul en avait, mais de bonne qualité, c'est-à-dire, récent, et d'une cassure violette bien saine. J'en fis concasser un gros que je fis diviser en trois paquets. La femme N. les prit tous les trois à 10 minutes d'intervalle. Une demi-heure s'était à peine écoulée que déjà les contractions utérines se manifestèrent avec force; bientôt elles se succédèrent avec une étonnante rapidité, et l'accouchement était terminé moins d'une heure après la prise du premier paquet de seigle ergoté.

Je ne sais si je m'aveugle, mais véritablement je ne puis m'empêcher d'attribuer au seigle ergoté les résultats que j'ai obtenus dans les trois observations qui précèdent. J'avoue que, comme tout homme de bonne foi, j'ai long-temps resté dans le doute sur les propriétés obstétricales du seigle ergoté; ce n'est même qu'avec une sorte de prévention défavorable et en désespoir de cause que je l'ai employé pour la première fois; mais ces trois observations et quelques autres où l'ergot m'a réussi et que je néglige de rapporter, parce qu'elles sont moins concluantes que celles-ci, ont tout à fait changé mes doutes en conviction, et, dussent tous les *anti-ergotistes* me relancer à la fois, je ne changerai pas de croyance.

Ce qui vient encore me confirmer dans l'opinion que l'ergot du seigle est un remède très-actif, et dont la médecine doit soigneusement étudier les effets thérapeutiques, ce sont les observations suivantes:

Emploi du seigle ergoté comme emménagogue.

Lorsque j'arrivai à Versailles, le 12 août 1833, pour prendre un service médical à l'hôpital militaire, je descendis dans un hôtel où se trouvait une jeune personne malade: on me pria de la voir. Cette jeune personne, âgée de 16 ans et demi, n'a été réglée qu'une seule fois, il y a deux mois; elle a grandi subitement et d'une manière extraordinaire; ses membres sont amaigris; sa poitrine est large, mais aplatie; les seins sont peu développés. Depuis huit jours, cette jeune fille éprouve des douleurs dans tous les membres; un mouvement fébrile continu s'exaspère surtout vers une heure et six heures du soir. La langue est rouge à sa pointe et sur les bords; l'épigastre est douloureux; l'appétit est nul; le pouls est plein, vif et dur au moment des exacerbations. La faiblesse musculaire de cette jeune personne est extrême. Prescription: 15 sangsues à l'épigastre; cataplasme; limonade cuite; diète. — Peu d'amélioration succède à ce traitement. Déjà on avait eu recours à des émissions sanguines locales qui n'avaient produit aucun résultat avantageux. Quatre jours après l'application des sangsues, et malgré le régime le plus sévère, le mouvement fébrile devint plus fort. Je fis appliquer quelques sangsues à la vulve; je fis administrer des bains de vapeurs locaux, au moyen d'une chaise percée dans laquelle on mit de l'eau bouillante, afin de rappeler l'évacuation menstruelle; des cataplasmes sinapisés furent appliqués successivement aux pieds et aux cuisses, le tout sans le moindre succès. L'état de cette jeune fille inquiétait beaucoup sa mère, et, moi-même, j'étais peu rassuré, lorsque je reçus le N° 151 du *Journal hebdomadaire*. En lisant les considérations nouvelles sur le seigle ergoté, par M. Lalesque, je me souvins qu'on avait déjà vanté l'emploi du seigle ergoté contre l'aménorrhée. Je résolus d'en administrer sur-le-champ à la jeune personne dont je parle; mais non pas comme M. Lalesque, à la dose d'une demi-once en infusion dans une pinte d'eau: je fis concasser seulement deux gros de seigle ergoté, et je fis jeter dessus un litre d'eau bouillante, et je laissai infuser pendant une heure. Je ne permis à mademoiselle B..... de prendre de cette infusion, que je faisais sucrer à mesure, qu'en ma présence et à la dose d'une petite tasse à café toutes les demi-heures. Comme je tenais à observer très-exactement les effets de ce médicament, je descendis, le premier jour, toutes les dix minutes, auprès de ma malade. L'effet de la première tasse fut remarquable: dix minutes après l'avoir prise, le pouls diminua de vitesse d'une manière tellement sensible, que la mère de la malade, à laquelle je le fis remarquer, trouva, comme moi, une notable différence dans la vitesse des pulsations. Qu'on ne vienne pas nous dire maintenant que le seigle ergoté n'a qu'une action lente, pas plus sur la matrice que sur le système nerveux en général; ici, comme plus haut, l'action prompte est trop bien constatée. Je diminuai un peu la dose de l'infusion; mademoiselle B..... n'en prit plus qu'environ deux onces de demi en demi-heure, et ensuite d'heure en heure. Il était 9 heures du matin lorsque mademoiselle B..... prit la première tasse de cette tisane, et le mouvement d'exaspération fébrile ne se manifesta ni à une heures ni à six heure du soir, comme cela arrivait les jours précédens; le pouls était même tellement lent, vers le soir, qu'il battait seulement de 50 à 55 fois par minute.

Le lendemain, la même boisson fut administrée et à la même dose. Les jours suivans, la dose fut diminuée de moitié et continuée pendant huit jours. L'effet le plus prompt fut de faire disparaître complètement le mouvement fébrile. L'état général s'améliora ; la langue devint moins rouge ; l'estomac supporta bien une petite soupe maigre dès le troisième jour, et, successivement, une alimentation plus substantielle. Quinze jours après l'administration du seigle ergoté, les règles reparurent. Mademoiselle B..... a pris, depuis, un embonpoint et une fraîcheur qu'elle était loin d'avoir avant sa maladie. Sa santé est on ne peut plus satisfaisante. Depuis quatre mois elle a eu deux fois ses règles seulement, de 2 en 2 mois ; mais elle n'a pas souffert le moins du monde pendant les mois où elles ne sont pas venues.

2e *Observation.* Enhardi par ce premier succès, j'avais une seconde tentative à faire. J'ai pour cuisinière une fille robuste et très-sanguine, âgée de 22 ans. Tant que cette fille est restée chez ses parens et qu'elle a travaillé aux champs, elle a toujours été bien réglée ; mais depuis 5 ou 6 ans qu'elle est en service, elle l'est fort irrégulièrement. A chaque époque, elle est prise de violens maux de tête, de congestions vers le cou et le cerveau ; de coliques, de vomissemens, etc. Chez ses premiers maîtres, on lui a fait prendre tantôt du vin chaud sucré, tantôt une infusion de safran, sans qu'elle en ait éprouvé le moindre soulagement ; elle est quelquefois deux ou trois mois sans rien voir, et très-mal à son aise pendant tout ce temps. A Longwy, où je fus témoin pour la première fois de ces accidens, je lui fis prendre des bains de pieds sinapisés, mais sans succès. Jamais sa maîtresse n'a pu décider cette fille, soit à s'exposer les parties à la vapeur de l'eau chaude, soit à s'appliquer des sinapismes au haut des cuisses : sa sœur même n'a pu réussir à lui appliquer des sangsues à la vulve.

La vertu de cette fille étant hors du plus simple soupçon, je me décidai à la saigner une première fois ; elle s'en trouva soulagée momentanément ; mais le mois suivant, tous les accidens reparurent. Une saignée plus forte fut encore pratiquée avec le même résultat. Ne voulant pas abuser de la saignée, je voulais employer d'autres moyens thérapeutiques auxquels cette fille se refusa constamment.

Au mois de septembre dernier, cette fille, qui se trouve maintenant à Versailles, éprouva les mêmes accidens, mais avec plus d'intensité ; coliques violentes, vomissemens, céphalalgie intense, gonflement du col ; pouls très-plein, dur et précipité. Fort de l'observation précédente, je tentai l'emploi du seigle ergoté, seulement à la dose d'un gros infusé dans un litre d'eau, prise par petite tasse à café d'heure en heure. Le succès suivit de près l'administration du remède, car, le lendemain matin, les règles avaient paru et tous les accidens étaient dissipés.

J'avais fait préparer deux paquets d'un gros de seigle ergoté ; cette fille, qui n'en avait pris qu'un, eut soin de conserver l'autre, et, le mois suivant, se sentant indisposée, elle prépara elle-même son infusion, sans en rien dire à personne, la but comme le mois précédent, et obtint le même succès. Ce n'est que quelques jours après que sa maîtresse obtint d'elle l'aveu d'une imprudence qui heureusement avait été profitable.

3e *Observation.* Mademoiselle Joséphine de M....., 23 ans, tempérament nerveux, habitant Versailles, ordinairement bien réglée, se trouvant à Paris avec sa tante, fut effrayée par le danger que courut celle-ci d'être écrasée par une voiture.

Au moment de cette frayeur, mademoiselle Joséphine avait ses règles depuis deux jours seulement ; elles se supprimèrent sur-le-champ.

Du malaise, des étourdissemens, quelques vertiges, succédèrent à cet accident. Les pédiluves sinapisés, les fumigations chaudes sur la vulve, furent des moyens impuissans pour rappeler les règles.

A l'époque suivante, temps jusqu'auquel les accidens ci-dessus signalés se prolongèrent et où ils prirent une nouvelle intensité, les règles ne parurent pas. Les pédiluves, les fumigations, les cataplasmes aux cuisses, furent employés sans succès. Ce ne fut que huit jours après cette époque passée qu'on me fit appeler. Je prescrivis, comme dans les cas précédens, l'infusion d'un gros de seigle ergoté dans un litre d'eau. La malade prit cette infusion en deux jours. La céphalalgie cessa dès le premier jour, et les règles reparurent le huitième. Depuis cette époque, 20 juillet 1834, mademoiselle Joséphine a été réglée deux fois à époque fixe, et jouit de la meilleure santé.

Je signale ces observations à mes confrères, avec le désir que mes expériences soient répétées. S'il était permis de compter sur de pareils succès, dans tous les cas d'aménorrhée, ou tout au moins dans des cas qui seraient exactement spécifiés, la thérapeutique pourrait se glorifier d'une véritable conquête (1).

Anévrysme, Concrétion fibrineuse et purulente du cœur.

Observation lue à l'Académie de Médecine par M. le Docteur BRICHETEAU.

Une femme, âgée de 28 ans, couturière, entre à l'hôpital Necker, le 20 août 1834, elle est d'une con-

(1) Un fait digne de remarque c'est la faveur que prennent certains remèdes depuis que les praticiens ont eu le bon esprit d'en revenir à l'expérimentation pure. C'est ainsi que le mercure en onctions est actuellement préconisé contre une foule d'affections : phlegmasies cutanées, cellulaires, séreuses, engorgemens blancs, hydropisies, etc. ; et voilà le seigle ergoté, qu'on aurait cru d'abord simple spécifique dans les cas de dystocie, qui ne se montre pas moins efficace dans deux autres affections utérines diamétralement opposées entre elles, la ménorrhagie et la disménorrhée. (F.)

stitution grêle, presque anémique, sujette, depuis longtemps, aux étouffemens, aux palpitations; elle a de temps en temps les pieds enflés, et a été soignée déjà dans différens hôpitaux. Respiration très difficile, accélérée; elle est continuellement assise dans son lit, et ne peut dormir que la tête soulevée par des oreillers. Les battemens de son cœur sont sans impulsion, sans bruits anormaux; le pouls est dépressible, peu développé, entre 90 et 100. Soif modérée, appétit presque nul. Elle est restée dans cet état jusqu'au 5 septembre; dans la soirée, la respiration s'est de plus en plus embarrassée; les battemens du cœur sont devenus un peu tumultueux, avec léger bruit de soufflet après le premier bruit, et la malade est morte le lendemain matin à 8 heures. (*Diagnostic*, anévrisme du ventricule gauche, dilatation sans hypertrophie.)

Autopsie, 24 heures après la mort.

Anémie générale, seulement quelques sugillations cadavériques à la partie postérieure du thorax; peau fine, un peu luisante; œdème dans les flancs et aux malléoles.

Epanchement séreux, transparent dans les deux cavités pleurales; la droite en contient une pinte, la gauche une pinte et demie environ. Les poumons sont diminués de volume, réduits et refoulés par le liquide, mais le gauche l'est plus que le droit. Celui-ci crépite dans la plus grande partie de son étendue; sa base renferme une congestion sanguine assez circonscrite, qui contient encore un peu d'air, et dont il s'écoule beaucoup de sang à l'incision. Le poumon gauche est plus réduit que le droit, comme je l'ai dit; il présente, dans le milieu de sa face antérieure, vis-à-vis le cœur, une plaque de la largeur de la paume de la main, de tissu pulmonaire rouge, dur, tout à fait imperméable à l'air, contenant du sang qui ne s'écoule pas à la pression, et qui paraît combiné avec ce tissu; cette plaque a tout l'aspect du foie, seulement elle oppose plus de résistance que lui, quand on veut la déchirer; elle occupe presque toute l'épaisseur du tissu pulmonaire qui, dans ce point, n'est pas très-épais et se termine sensiblement en un bord tranchant. Elle est très circonscrite, et il n'y a aucune gradation entre ce tissu hépatisé et le tissu pulmonaire sain et crépitant. Ce poumon est un peu engoué à sa partie postérieure.

Le péricarde contient un peu de sérosité citrine.

Le cœur est pâle, flasque, assez volumineux, affaissé en forme de gibecière.

Les cavités droites sont normales pour la capacité et l'épaisseur de leurs parois.

Le ventricule gauche est aussi grand que le droit; la même similitude existe pour les parois qui ne sont guère plus épaisses dans le gauche que dans le droit. Les valvules mitrales sont dures, cartilagineuses; il résulte de leur adossement deux petites ouvertures, chacune du diamètre d'une plume à écrire, séparées l'une de l'autre par le tendon de la valvule antérieure.

L'oreillette gauche est très-dilatée, pouvant admettre un gros œuf de poule; elle renferme du sang caillé noir, et une espèce *de champignon* d'une couleur rouge éclatante; la forme de ce champignon ne peut être mieux comparée qu'à celle du lycoperdum (vesse-de-loup) un peu flétri et non pédiculé; pendant qu'on détache le cœur pour l'examiner plus facilement, *le champignon* se détache. Il était placé à la partie supérieure gauche de l'oreillette; dans le point d'adhésion, la paroi auriculaire présente quelques petites inégalités d'incrustations, sans autre altération. Le *champignon* a plus d'un pouce de diamètre, il est creusé d'une grande cavité centrale, communiquant avec d'autres petites, remplies d'un liquide purulent de couleur *feuille-morte*. Il est aplati dans son point d'adhésion; la paroi y est un peu ramollie, pourtout ailleurs elle est dure et coriace. Les viscères pulmonaires sont dilatés est remplis de sang noir.

Pour faire pendant à cette observation, M. Nicod nous communique la suivante.

Concrétion fibrineuse, rupture des colonnes charnues du cœur; par M. NICOD.

En 1825, madame M*** ayant éprouvé des palpitations quinze jours avant son départ pour Dravelles (à 7 lieues de Paris), en était revenue peu de jours après dans un état de suffocation imminente. Elle me fit prévenir en passant devant ma porte, et fit appeler M. Bourdois, dès qu'elle fut arrivée à son hôtel.

Je trouvai son pouls précipité, et les battemens du cœur forts et tumultueux. Sa mère m'ayant demandé ce qu'il y avait à faire en attendant l'arrivée de M. Bourdois, je lui répondis que le cas me paraissait trop grave pour que je me permisse de saigner cette personne sans l'autorisation de son médecin ordinaire, quoique je fusse persuadé que c'était le premier moyen à mettre en usage.

Environ une heure après, M. Bourdois n'arrivant pas, et la malade éprouvant une suffocation imminente, accompagnée de douleurs très-vives et d'un bruissement extraordinaire dans la région du cœur, je me décidai enfin, du consentement de la mère, à pratiquer une saignée du bras, qui ne tarda pas à diminuer l'étouffement; à 5 heures du matin, M. Bourdois arriva, approuva la saignée, commanda de rouvrir la veine, et prescrivit les boissons d'usage.

Le 7e ou le 8e jour, les palpitations s'accrurent; il y eut un second accès de suffocation; on fit appeler M. Corvisart, qui vit la malade deux jours de suite. Elle mourut suffoquée le 10e jour.

Autopsie. — Le cœur est un peu plus volumineux que dans l'état naturel, il contient dans son oreillette gauche une tumeur de forme ronde, lisse, couleur brun-chocolat, de 8 à 9 lignes de diamètre, et tout à fait mobile.

L'orifice auriculo-ventriculaire était ossifié dans plusieurs points de son contour. Le ventricule gauche présenta l'étonnante rupture de deux colonnes charnues du cœur, éloignées l'une de l'autre, d'inégale longueur, et dont les deux extrémités rompues et de couleur différente, expliquaient les dates de la rupture des deux accès de suffocations extraordinaires.

N'ayant pas entendu parler d'un autre fait, excepté

dans la dernière séance de l'Académie, je communique cette note pour la rapprocher de l'observation de M. Bricheteau.

—

Les observations de concrétions fibrineuses dans les cavités du cœur sont assez multipliées : nous parlons des concrétions compactes, organisées, adhérentes, et non de ces tractus fibrineux opalins, si fréquens et qui paraissent se former à l'instant de l'agonie. Il existe aussi plusieurs exemples de ces concrétions, contenant du pus au centre, comme dans le cas offert par M. Bricheteau ; M. Velpeau est, je crois, le premier qui les ait signalées ; divers journaux, et notamment les *Bulletins de la Société anatomique* en contiennent des observations. Les ruptures des colonnes charnues du cœur ne sont pas non plus sans exemples; on en trouve dans tous les ouvrages et les articles consacrés aux lésions de cet organe, depuis Corvisart. L'observation de M. Bricheteau est remarquable surtout par l'état d'oblitération presque complète de la valvule mitrale coïncidant avec la concrétion purulente, et celle de M. Nicod, par la réunion d'une concrétion fibrineuse avec la rupture de deux colonnes charnues qui paraît s'être opérée à des époques différentes. La concrétion était-elle cause ou effet? c'est ce que nous ne pouvons décider. (F.)

N° DU 18.

Sur les effets immédiats des déchiremens du diaphragme.
Par E. GAULTIER DE CLAUBRY, D.-M.-P.

L'intéressant travail de M. Davat, inséré dans le numéro de septembre 1834 des *Archives générales de Médecine*, sur un cas de rupture du diaphragme, et les remarques critiques qu'y a jointes M. Alphonse Devergie, sont propres à exciter vivement l'attention des médecins, relativement à la solution de la question importante qui y est agitée. Une déchirure étendue du diaphragme peut-elle être compatible avec l'existence entretenue pendant un certain laps de temps, et sans qu'il se présente aucun signe qui puisse dénoter une lésion aussi grave, aucun symptôme qui la fasse au moins soupçonner? Dans le fait observé par M. Davat, une déchirure de deux pouces et demi d'étendue, occupant principalement le centre phrénique, et laissant passer dans la cavité gauche de la poitrine une partie du grand cul-de-sac de l'estomac lui-même déchiré dans un pouce et demi d'étendue, et ayant laissé s'épancher à la surface de la plèvre les matières alimentaires qu'il contenait ; cette déchirure du diaphragme, dis-je, suite probable d'un coup de genou sur l'abdomen, le sujet étant couché à terre sur le dos, aurait permis au blessé de faire une lieue à pied, sans paraître souffrir trop vivement. Des doutes sérieux s'élèvent naturellement dans l'esprit, quand on se rappelle que, dans la pluralité des cas de déchirure du diaphragme qui ont été observés, ou bien la mort s'en est suivie promptement et presque instantanément même, ou bien au moins les symptômes d'une lésion grave se sont manifestés peu d'instans après la blessure. Cependant, en est-il constamment de même, et le fait observé par M. Davat serait-il, à cet égard, unique dans la science, et par conséquent d'une valeur relativement moindre pour la solution de la question, jusqu'à ce que des faits semblables fussent venus en nombre suffisant le corroborer ? Quoi qu'il en soit, voici le précis d'un fait inséré en 1819 dans le *Journal général de médecine*, que je rédigeais alors, mine féconde qu'il faudrait croire inconnue à beaucoup d'auteurs vivans, tant il y a peu de ces derniers qui aillent la consulter. Le fait avait été observé dix-neuf ans auparavant par M. Contèle, ancien chirurgien des armées, et, depuis, médecin à Paris. (Voir le tome 66, n° de Mars 1819, pag. 304 et suiv.)

Le 8 germinal an VIII, un homme âgé de cinquante-neuf ans, fort, vigoureux, bien constitué, conducteur de petites voitures des environs de Paris, voulant monter sur son siége, avait mis le pied sur une des roues de la voiture, en faisant effort avec ses deux mains, dont l'une saisissait le siége et l'autre la portière même de la voiture, quand cette dernière se renversa sur lui. Il tomba à la renverse et eut la cuisse droite fracturée. Transporté chez lui, il y resta deux jours au lit, ne recevant que des secours peu proportionnés à la gravité de l'accident, puisqu'on se borna a faire des fomentations sur le membre blessé.

Transporté à l'Hôtel-Dieu, le troisième jour, la fracture du fémur fut aussitôt reconnue et pansée méthodiquement. Le malade, dit M. Coutèle, rendait parfaitement compte des circonstances de l'accident qui lui était arrivé ; son état ne présentait aucun symptôme alarmant; le pouls était presque dans son état naturel; seulement il y avait un peu de toux et une expectoration abondante de matières muqueuses... Le sixième jour, état moins satisfaisant, insomnie pendant la nuit, toux plus fréquente, plus fatigante, pouls plus faible, malaise général qui s'accroît dans la journée ; affaiblissement graduel, mort sans symptômes graves, après une agonie courte et peu douloureuse.

Cette mort, prompte et inattendue, ayant causé la plus grande surprise, les recherches nécroscopiques furent faites avec beaucoup de soin... A peine le sternum fut-il enlevé, qu'il s'échappa de la poitrine une grande portion du canal intestinal, et quand cet os fut complétement enlevé, on trouva la portion antérieure de la cavité gauche de la poitrine, occupée par l'arc entier du colon et une portion des intestins grêles, derrière lesquels était placé l'estomac qui couvrait la totalité du poumon gauche fortement comprimé, refoulé dans le sommet de la cavité, ayant à peine le volume du poing, privé d'air, et qui, coupé par morceaux et jeté dans un seau d'eau, gagnait le fond du vase. Le diaphragme avait été séparé des côtes de la poitrine depuis le milieu du sternum et dans toute l'étendue du bord des côtes, d'où résultait un grand intervalle entre les bords de la division de ce muscle et les côtes elles-mêmes ; la rupture avait eu lieu en travers des fibres charnues, à un pouce environ de l'insertion de chaque

languette. De plus, il existait une fente de deux pouces de long, selon la direction des fibres charnues, commençant à la rencontre des parties osseuse et cartilaginense de la dernière des vraies côtes, et se dirigeant vers le pilier correspondant du diaphragme. Il existait en outre une fracture d'une côte.

Voilà donc un nouvel exemple de déchirure, assurément fort étendue du diaphragme, qui n'a donné lieu, non pas seulement pendant deux heures, mais pendant plusieurs jours, et jusqu'à la mort même du sujet, à aucun symptôme assez grave pour appeler, d'une manière particulière, l'attention du chirurgien en chef et des élèves de l'Hôtel-Dieu de Paris : et si le blessé, qui avait une fracture du fémur, n'a pas marché comme celui de M. Davat, il ne répugnerait pas d'admettre que, sans cette fracture, il eût pu le faire. Au moins il avait la respiration peu gênée, il rendait facilement compte de l'accident qui lui était arrivé, de sorte qu'on serait fondé à établir, contradictoirement à la conclusion de M. Devergie, qu'une telle lésion, qui n'est pas de nécessité mortelle instantanément, ne présente pas toujours des caractères assez tranchés pour dessiner une atteinte profonde à la vie.

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

—

De la maladie en général, considérée selon les diverses doctrines médicales ; par Charles GÉRARD, médecin à Gray (Haute-Saône) (1),

» *Nihil temerè credendum, nihilque negligendum.* »
HIPPOCRATE, ép. 6.

« En médecine il ne faut pas des présomptions, » mais des certitudes, pour fixer notre croyance. » Lorsque, il y a passé 30 ans, le célèbre auteur de l'*Anatomie générale*, exprimait cette pensée, il est plus que probable que l'aspect des sciences médicales lui faisait éprouver un sentiment pénible ; et malgré tout ce qui, depuis cette époque, a été dit et écrit sur la maladie en général, ce sujet est encore loin d'être suffisamment éclairé. Il n'est pas besoin de scruter bien profondément les croyances médicales les plus généralement admises aujourd'hui, pour se convaincre du vague qui règne encore dans l'idée que l'on se fait de l'état morbide, surtout si l'on considère dès son début cette manière d'être du corps humain vivant. Il paraît en effet certain que le mot *maladie*, l'un des premiers, sans doute, dont l'homme eut besoin, a toujours été compris dans le même sens, et s'est constamment conservé, accompagné de la présomption que ce qu'il signifiait était assez connu. C'est probablement de cette source primitive du langage, que découlent beaucoup de préjugés, qu'entraînent nécessairement certains mots, dont le sens nous paraît si vague, que nous sommes réduits à dire qu'il est plus facile de sentir ce qu'ils signifient que de le définir. Tant que ces dénominations sont employées pour exprimer des idées universellement connues, et pour révéler l'état d'un sentiment individuel, il suffit de les prendre dans le sens que la tradition leur a conservé en nous les transmettant ; mais lorsque nous examinons les croyances que l'on veut nous imposer, si l'on nous laisse le libre exercice de nos sens et de notre intelligence, nous nous trouvons naturellement obligés de remonter à l'origine première des idées, pour nous assurer non-seulement si celles qu'on proclame ont réellement conservé leur pureté native, mais encore si elles sont vraies en principe. En procédant de cette manière, l'on recherche et l'on arrive à la vérité par les deux seuls moyens qui la rendent accessible à l'espèce humaine : savoir, le sentiment intime et l'observation sensitive. Purement individuel, le premier juge en dernier ressort, en vertu d'un pouvoir naturel, inconnu à l'individu chez lequel il se manifeste, mais dont l'existence et les attributions lui sont incontestables : la seconde, ayant pour objet la direction des organes des sensations spéciales sur les divers phénomènes qui leur sont présentés, ne peut les apprécier qu'en vertu de ce qu'ils sont, ou de ce qu'ils lui paraissent : cette dernière condition fait que souvent le doute se répand sur les vérités d'observation, et qu'elles ne peuvent avoir de criterium que le sentiment commun.

Ces premières considérations annoncent la manière dont je procéderai dans l'examen de l'extrême développement que l'on a donné à l'idée exprimée par le mot maladie, dont on a fait l'unique fondement de la médecine : *Altius omnem expediam, primâ repetens ab origine, famam.*

Que l'on n'infère pas de ce que je viens d'exprimer, que le but de ce travail soit de diriger des arguties métaphysiques sur l'état morbide qui, considéré *à priori*, forme l'unique base de la médecine. Convaincu par de nombreuses observations et par de longues méditations, que les premières notions de la maladie ont été jusqu'à ce moment, et sont aujourd'hui plutôt conçues que démontrées, et que les nuages qui les enveloppent encore ne font que se répandre et s'épaissir à mesure que les élémens de la médecine sont modifiés par des esprits peu logiciens, j'essaierai de mettre en évidence ce que l'on doit entendre par maladie, en donnant à cette expression toute la latitude possible ; et surtout en fixant d'une manière moins variable qu'on ne l'a fait, sa véritable acception dans le langage médical.

---

(1) Ce sujet, tout abstrait qu'il est, intéressera, nous l'espérons, nos lecteurs, par la manière dont il est exploité. Ils reconnaîtront, dans le travail de M. Gérard l'homme clairvoyant qui se débat contre les ténèbres, l'esprit droit qui se révolte contre l'erreur. En démontrant la vanité des doctrines qui servent de base à la pratique, l'auteur détruit sans édifier, mais c'est déjà s'avancer vers le bien que de sortir de la route qui conduit au mal. Ce fragment de théorie fera d'ailleurs diversion aux faits pratiques qui constituent nos publications habituelles. (F.)

Pour tracer fidèlement dans toute son étendue l'histoire de la maladie, j'en exposerai d'abord les notions les plus vulgaires, afin de démontrer par quelle progression l'on est parvenu à construire une science, avec la seule idée du contraste qui existe entre l'état de santé et les troubles que celle-ci peut éprouver; ensuite j'examinerai comment le développement de cette idée a produit les sciences médicales et les divers systèmes par lesquels on a expliqué l'état morbide.

En démontrant par quelle série d'observations et d'hypothèses l'on est arrivé au degré où nous sommes dans la connaissance de l'état morbide, non-seulement je produirai des documens pour apprécier les qualités de ce qui est fait dans la science de l'homme malade, et pour indiquer ce qui reste encore à faire; mais je présenterai les moyens par lesquels on peut s'assurer de la capacité de l'esprit humain, dans l'exploration de la maladie en général.

Origine de la maladie.

Cette idée provient de la même source que toutes les autres idées : elle émane du sentiment intime et du témoignage des sens. Considérée comme existant dans le sentiment intime d'un individu, l'idée de maladie décèle une différence dans la manière de sentir, accompagnée du dérangement visible ou invisible d'une ou de plusieurs fonctions, avec ou sans altération appréciable de la matière. Que ces dernières conditions existent ou non, la maladie n'en est pas moins certaine pour celui qui l'éprouve; mais jusque-là ce n'est qu'une vérité individuelle, qui ne peut être soumise à l'appréciation d'aucun sens étranger. Mais lorsque le trouble du sentiment est accompagné d'un dérangement appréciable dans l'action fonctionnelle ou simplement intrinsèque de la matière, alors ces phénomènes peuvent être examinés; et, s'ils contrastent avec ceux qui donnent l'idée de la santé; ils fournissent, par leur irrégularité, l'idée de la maladie. Ainsi, sentiment anormal, désordre de fonction et lésion matérielle, constituent chez l'homme vivant, l'origine véritable et complète de l'idée de la maladie.

Long-tems, sans doute, la maladie n'a été connue que par cette notion primitive, et c'est encore ainsi qu'elle l'est le plus généralement aujourd'hui; car actuellement, comme autrefois, chacun donne une idée de son affection, en disant : « Je souffre là, et telle fonction ne » s'exécute pas, ou s'effectue mal. » Cette simple remarque avertit que c'est d'abord dans le sens intime qu'il faut aller chercher la première idée de maladie, et qu'ensuite on doit éclairer cette notion par l'observation sensitive.

Nous verrons plus loin jusqu'à quel point il est possible d'arriver à la connaissance véritable de la maladie, lorsque le témoignage du sentiment intime ne peut être manifesté, ou lorsqu'on cherche à en imposer aux investigations des sens. Toutefois, notons ici que l'idée de la maladie est aussi ancienne que l'espèce humaine, qu'elle apparaît à l'âme comme une vérité naturelle; mais que le mot qui la manifeste est conventionnel et ne figure dans le système du langage, que comme un signe annonçant un fait senti et vu en même temps, ou présentant du moins l'une de ces conditions. En rémontant jusqu'à cette source, l'on ne trouve certainement de la maladie qu'une notion brute, mais il en est pas moins vrai que ce n'a pu être que de cette origine qu'est sorti l'immense édifice de la médecine, modifié successivement selon les progrès de l'esprit humain.

De la pluralité des maladies.

Le sentiment intérieur individuel et l'observation, ont donné l'idée de la pluralité des maladies, en même temps sans doute qu'ils ont fourni celle de l'état morbide simple; parce que la douleur sentie, les phénomènes de la perturbation remarqués et les altérations de la matière changent fréquemment de caractère et de siége. Mais cette nouvelle notion, lors même que l'on y joignait la désignation de la partie où le mal se faisait sentir et se manifestait, ne donnait guère d'étendue à l'idée primitive, elle ne signifiait qu'une différence non encore spécifiée dans l'affection. Pour établir cette dernière particularité, il eût fallu posséder, sur l'organisation intérieure, des données que l'esprit humain n'a pu avoir qu'après qu'il fut parvenu à un degré de perfection qu'il n'a sûrement atteint qu'avec bien des efforts. Aujourd'hui encore, certain âge de la vie ou certaine condition sociale nous présentent souvent ces notions primitives sur l'idée comme sur la pluralité des maladies, à l'état simple : l'enfance et le peuple en fournissent assez d'exemples.

Il faut noter ici qu'examinée à cette première source, la maladie ne se présente nullement comme un être distinct du corps qui l'éprouve, et que, par conséquent, on ne peut dire que cette idée soit ontologique. Que l'on ne m'objecte donc pas que, dès mes premières remarques, en reconnaissant un sens intime, je fais de l'ontologie; car je déclare que je considère et accepte comme un *fait naturel*, le large sentiment qui nous informe de ce qui se passe au dedans de nous, sans que nos organes sensitifs proprement dits, s'occupent de cette information. Mais comme je désire ne pas laisser de doute sur le sujet que je traite, je regarde comme indispensable de placer ici quelques considérations sur les transitions par lesquelles on est arrivé, des notions simples et bornées de l'état de maladie, aux connaissances étendues et lumineuses que l'on possède actuellement sur cette question.

Pour ne pas franchir la vaste lacune qui existe entre la première notion de la maladie, considérée seulement à la naissance de l'esprit humain, et celle qu'on s'en est faite plus tard, examinons un peu les lumières que l'ancienne philosophie a jetées sur ce sujet, avant qu'il devint l'objet d'une science spéciale; cet examen nous fera préciser avec quelle certitude l'on peut aujourd'hui parler des maladies.

De la maladie selon l'ancienne philosophie.

Bien que considérées en masse et jugées seulement

individuellement, d'après le seul témoignage du sens intime, la santé et la maladie ont toujours été regardées comme des choses connues : cette conviction se trouve à chaque page de l'histoire de l'entendement humain, et s'est perpétuée sans altération, puisqu'on la retrouve clairement manifestée chez tout individu jouissant de ses facultés intellectuelles. C'est comme vérité de sentiment, bien plus que comme produit d'observation, que la maladie a toujours occupé une place notable dans les monumens de l'intelligence. Mais lorsque l'observation est venue se joindre au sentiment pour développer à l'instinct l'idée de maladie dans toute son étendue, alors le besoin des distinctions s'est fait sentir ; il a fallu en établir autant que le sentiment, les fonctions et la matière présentaient de modifications différentes. De là trois caractères déjà bien tranchés dans les maladies ; savoir, dérangement sensitif, fonctionnel ou matériel. Et avant que l'intelligence fût considérée comme une fonction de l'encéphale, l'on reconnaissait même des lésions simplement mentales.

Les premières idées de matière et d'esprit, que l'homme s'est faites probablement en dirigeant ses sens sur la terre et sur l'air, et en établissant une comparaison purement sensitive, sont restées sans doute longtemps sans éprouver de développement, ainsi que l'attestent les traditions orales et écrites, et surtout l'état de l'intelligence chez le peuple, que je regarde comme une tradition vivante, infaillible des principales vérités naturelles de simple sentiment. Nous verrons bientôt que toute science humaine est basée sur des observations que toute personne saine d'esprit peut faire et fait chaque jour, à chaque instant, et que la plupart des développemens que l'on donne à ces idées fondamentalement naturelles, ne sont que des *inductions* plus ou moins exactement tirées des vérités primitives. Alors nous nous assurerons que tout édifice scientifique consiste simplement en une série souvent peu nombreuse de vérités développées avec des inductions, et que ces dernières, pour mériter quelque confiance, doivent sortir naturellement des vérités de sentiment et d'observation. Toute science dont les principaux élémens ne peuvent avec avantage subir cette vérification des sens, doit être considérée comme une production chimérique de l'intelligence, qui, en abusant de la comparaison et de l'induction, imagine ce qui n'est pas, et finit par s'habituer à croire au fictif. C'est l'erreur dans laquelle tombent facilement les esprits doctrinaires qui refusent d'accepter le *sentiment commun* pour juge de leurs observations, propension de l'orgueil humain, que l'on observe surtout dans la philosophie de la maladie, telle qu'elle a toujours existé.

C'est en effet seulement comme vérité décélée par le sentiment que la maladie est généralement représentée. En développant cette première idée, l'observation a fait la pluralité des maladies, surtout de celles qui paraissent affecter exclusivement les solides ; aussi reçurent-elles simplement des noms génériques, selon qu'elles étaient intérieures ou extérieures, ou qu'elles existaient dans telle partie de l'organisme. Lorsque celui-ci fut mieux connu, au moins dans les organes qui exécutent les principales fonctions, les idées touchant les maladies se sont étendues : celles-ci ont été multipliées en plusieurs espèces, selon qu'il y avait des vomissemens ou d'autres déjections, et surtout selon qu'il existait de la fièvre, avec ou sans fluxion, et selon que celle-ci était inflammatoire ou indolore. L'on voit qu'alors se manifestaient déjà les produits de l'observation, mais qu'ils ne donnaient encore que des notions peu étendues, bien que leurs bases fussent de la plus parfaite certitude. Appuyés sur ces vérités élémentaires touchant les maladies de l'espèce humaine, des sages ou des philosophes s'occupèrent à contempler l'homme malade et à dévoiler des rapports entre l'état du sentiment intime et celui des fonctions les plus évidentes de la vie ; il est très-probable qu'à cette époque l'on ne pensait à l'altération de la matière corporelle que dans les cas où des lésions se manifestaient extérieurement. Cette médecine naturelle et philosophique, composée seulement de matériaux encore à l'état brut, ne dictait pas de traitemens ; ceux que l'on faisait étaient purement empyriques. Ce n'est pas dépasser les bornes du vraisemblable, que de croire qu'il s'est écoulé bien du temps avant que l'état de maladie fût mieux connu. L'homme malade paraît cependant avoir été de tout temps un des sujets les plus intéressans que la nature présente à l'homme ; aussi remontons-nous fort loin dans l'antiquité, lorsque nous voulons trouver dans leur pureté originelle les premières notions de l'état de maladie réunies en corps de doctrine ; et les différentes traditions nous représentent le fondateur de la science de l'homme malade recherchant ses matériaux où nous les rechercherions nous-mêmes aujourd'hui, dans le sentiment, dans l'état des fonctions et de la matière. Les phénomènes qu'il a observés à ces trois sources se sont présentés à lui d'autant plus clairement qu'il connaissait mieux leur origine, et il les a revêtus des caractères de la philosophie du siècle où il a vécu. Il m'a paru indispensable d'exprimer ces antécédens, pour favoriser l'interprétation de l'idée de maladie en général, et, pour faire bien apprécier les diverses formes sous lesquelles elle a été présentée à l'intelligence, depuis la naissance de la médecine jusqu'à ce jour ; un examen rapide des principaux points de l'histoire médicale, me suffira pour démontrer ce qu'à diverses époques les médecins les plus notables ont entendu par maladie, de même que pour faire voir ce que cette science a gagné en certitude.

De la maladie selon Hippocrate et Galien.

On regarde généralement comme certain qu'Hippocrate est le fondateur de la médecine, et l'on sait peu de chose touchant les résultats des observations faites sur les maladies, avant que ce philosophe médecin les eût rassemblées en corps de doctrine. Il est hors de vraisemblance cependant que l'oracle de Cos eût réellement créé cette science, car les caractères qu'elle a reçu de sa main portent des empreintes qui décèlent des connaissances si vastes, si profondes, et présentées avec une logique

souvent si précise qu'ils ne permettent guère de croire qu'ils puissent être l'ouvrage d'un seul homme. Hippocrate me fournit lui-même le motif du doute que je répands sur la source de ses lumières, lorsqu'il dit : *Vita brevis, ars longa*, et surtout lorsqu'il exprime cette remarque à jamais véritable : *Medici nomine quidem multi; re ipsâ verò perpauci*, (Lex.)

Il me paraît plus certain qu'Hippocrate a réellement institué cette science, en rassemblant dans la philosophie de son siècle tout ce qui se rapportait spécialement à l'homme malade, et en fécondant du feu de son génie une masse de vérités jusqu'alors mal discernées dans leurs sources ou dans leurs rapports, par des hommes qui s'occupaient d'observer des malades. Mais en édifiant cet immense système, son fondateur ne pouvait manquer de subir l'influence qui dominait l'esprit humain à cette époque. Certaines croyances jouissaient d'un crédit qu'Hippocrate crut devoir respecter, et loin de modifier la philosophie de son siècle par ses propres observations, il soumit celles-ci à l'interprétation de la première. Les écrits d'Hippocrate laissent évidemment apercevoir qu'en rationnalisant les phénomènes fournis par l'homme malade, il a plus souvent annoncé leurs rapports avec les croyances admises, qu'exprimé les liaisons qui existaient entre ces phénomènes et les organes d'où ils émanaient. Il ne pouvait en être différemment dans un temps où l'organisme n'était connu que dans ses principales masses viscérales, et où l'on ne connaissait que ce qu'il y a de plus manifeste dans les fonctions. Aussi ce qui est le plus évident dans la doctrine d'Hippocrate, c'est l'admission d'un principe de vie inhérent au corps, le régissant dans ses fonctions, principe dont la perturbation constitue la maladie, laquelle est considérée comme siégeant dans tout l'organisme : *Totus homo à naturâ morbus est*, dit le fondateur de la médecine, dans son épître à Damagète. D'où l'on voit qu'Hippocrate a pris l'idée de la maladie pour ce qu'elle était dans les croyances philosophiques : elle désignait l'homme malade en masse, mais c'était tout. C'est vainement que je cherche dans la doctrine du père de la médecine, une notion claire et positive de ce qui constitue l'état de maladie; cette idée, qui me paraît devoir constamment figurer comme mère de la science de l'homme malade, ne s'y trouve nulle part, ou ne s'y présente que comme une abstraction issue d'une vague croyance : quand la principale base d'un édifice scientifique est de mauvaise nature, que faut-il attendre? Hippocrate a néanmoins beaucoup fait pour l'esprit humain, en établissant une doctrine des maladies basée spécialement sur la diversité de leurs symptômes. Il s'est surtout attaché à bien observer les phénomènes qui constituent la plupart des affections auxquelles l'espèce humaine est sujette, et il a noté, avec un soin et un zèle dignes de servir à jamais d'exemple, leur marche et leur terminaison. Pour le père de la médecine, les maladies étaient constituées par des séries de phénomènes anormaux, produits par la perturbation de l'esprit et l'altération de la matière liquide ou solide; mais l'état spécial de celle-ci n'était point observé dans les tissus organiques, et c'est en quoi la médecine d'alors diffère le plus de celle de nos jours. Les fluides étaient encore moins connus dans leur nature et leurs mouvemens; l'on observait seulement l'abondance et les qualités de ceux qui pendant le cours des maladies étaient excrétés, et rarement leur principale source était bien connue. L'on était donc loin de penser à l'état des tissus des organes producteurs de ces diverses humeurs, qui paraissaient quelquefois seulement être des productions des maladies; d'autres fois leur existence dans le corps était *présumée* constituer l'état morbide, qui n'était qu'un combat des organes contre les humeurs, d'où naissaient les crises. Les nombreuses observations faites par Hippocrate, l'ont conduit à en déduire un système de thérapeutique qu'il n'entre pas dans mon objet d'examiner; il me suffit d'avoir fait connaître que l'idée de maladie n'est présentée nulle part sur une base certaine dans la doctrine hippocratique, et qu'un préjugé philosophique et le défaut de notions d'anatomie physiologique positives, me paraissent être les seules causes de cette omission capitale.

Pour justifier les considérations que je viens de présenter sur l'idée que l'on peut se faire de la maladie en général, d'après ce que la doctrine du père de la médecine contient implicitement ou explicitement sur ce sujet, il suffit de rapporter quelques-unes des opinions auxquelles il paraissait très-attaché. Hippocrate dit : *De obscurrissimis et difficillimis morbis opinio magis quam ars judicat : etsi in his peritia multùm imperitiæ prœvaleat.* (De flat.) *Morbi derepentè non accidunt hominibus ; sed paulatìm collectâ materiâ morbificâ subitò se produnt.* (De diætâ, lib. I.)

Les opinions du père de la médecine sont assez connues pour que je me dispense de présenter un plus grand nombre de ses dogmes; j'aurai assez d'occasions de signaler l'influence majeure que le fondateur a exercé et exerce encore sur la médecine.

Parmi les successeurs plus ou moins immédiats d'Hippocrate, Galien figure comme le plus remarquable. Plus riche de connaissances philosophiques que d'observations de maladies, il adopta toutes les idées de celui qu'il prenait pour guide, et les commenta avec un soin servile. Galien adhérait fortement au dogme de l'union de l'esprit à la matière dans le corps humain, dogme qu'il avait trouvé établi dans la philosophie du siècle d'Hippocrate, et qui exerçait encore la plume de plusieurs contemporains du médecin de Pergame; mais tout en considérant la maladie dans son essence matérielle, d'une manière simplement philosophique, ce médecin ne crut pas pouvoir se dispenser de faire entrer parmi les croyances médicales de son époque, l'idée que les divers aspects présentés par les diverses constitutions individuelles, étaient capables d'imprimer aux maladies des modifications continuelles. Pensant que le chaud, le froid, le sec ou l'humide, lorsqu'ils prédominent dans l'organisme, doivent nécessairement jouer un rôle particulier dans l'état de maladie, le commentateur d'Hippocrate introduisit dans la médecine l'idée que les sujets sanguins étaient disposés aux maladies inflammatoires, les lymphatiques à la pituite, les bilieux au

flux de bile; les mélancoliques devaient surtout être affligés d'une humeur que ce médecin ne caractérise pas. Dans cet exposé, l'on voit que son auteur a développé, selon la philosophie de son siècle, des observations naturelles, fruits d'impressions sensitives, et que les inexactitudes et le vague présentés dans sa doctrine ont leur source dans des inductions où l'arbitraire de l'imagination l'emporte trop facilement sur le simple témoignage des sens. Il est néanmoins évident que Galien a commencé de rallier la maladie à l'état de la matière, d'une manière déjà plus intime que ne l'avait fait Hippocrate, d'où il est arrivé que la doctrine galénique a fourni les germes de l'humorisme et les résultats qu'il a occasionés dans le traitement des maladies.

Bien ou mal fondées, les idées d'Hippocrate et de Galien sur la maladie, servirent de bases aux croyances des médecins pendant une longue suite d'années, et sont restées jusqu'à ce jour mélangées dans tous les systèmes de médecine, dans des proportions plus ou moins abondantes. Ce qu'il y a de plus notable dans ces temps de l'histoire de la médecine, c'est qu'alors le goût des abstractions l'emportait exclusivement sur la pratique de l'observation; aussi la plupart des écrits anciens ou modernes nous montrent-ils la science de l'homme malade innondée de préjugés philosophiques, et asservie alternativement à l'humorisme et à la mécanique par Boerhaave; à l'animisme par Paracelse, Van-Helmont et Stahl; à la physique par Thémison et Brown; au nosologisme par Selle, Sauvages et Pinel; à la physiologie et à l'irritation par M. Broussais; à l'éclectisme et au rationalisme par beaucoup d'écrivains médico-pratiques de nos jours, et enfin à l'empyrisme par tous les hommes qui, à toutes les époques de la médecine, ont traité des maladies sans les connaître, ou du moins sans se donner la peine de raisonner les motifs de leurs croyances. Loin de moi la pénible tâche de rechercher dans la nuit des temps les différentes voies par lesquelles les hommes célèbres que je viens de nommer ont tâché d'arriver à la vérité sur l'essence de la maladie!.. Tous ont fait de généreux efforts pour reculer les bornes de l'esprit humain, et tous ont droit à la reconnaissance. Si tous ont payé un tribut plus ou moins considérable à l'erreur, c'est qu'en médecine la vérité est souvent cachée si profondément, que nos sens et notre raison se fatiguent avant que nous arrivions jusqu'à elle. En examinant comment on a procédé dans l'examen de la maladie, selon les systèmes principaux, je signalerai ce qui me paraît avoir causé des erreurs, et je séparerai ce qui, en matière de doctrine, est le produit de l'observation directe ou de l'induction, ou, pour m'exprimer en peu de mots, je séparerai le réel d'avec le fictif.

—

N° DU 25.

De la maladie en général, considérée selon les diverses doctrines médicales; par Charles GÉRARD, médecin à Gray (Haute-Saône).

(DEUXIÈME ARTICLE.)

Humorisme et Mécanisme.

En classant les tempéramens selon l'aspect des diverses constitutions, Galien avait élargi les bases de l'humorisme, déjà institué par Hippocrate; mais alors les humeurs ne figuraient dans l'état morbide que comme un élément dont le caractère n'était pas déterminé; l'on ne voit pas en effet, dans la doctrine hippocratico-galénique, la véritable source des humeurs que la coction et les crises doivent expulser. C'est à Boerhaave que l'on doit les plus grandes considérations sur le rôle des humeurs dans la maladie: selon lui, elles sont fabriquées par les maladies et déposées sur tel ou tel organe, selon la direction que leur impriment les causes morbifères. Il est évident que, dans cette interprétation, la maladie est considérée comme une abstraction, et que les sécrétions, et surtout les matières excrétées, sont appréciées en elles-mêmes, sans tenir compte de l'état matériel des organes qui les produisent. Seulement, pour donner de la solidité à la doctrine humorale, Boerhaave tint compte de la turgescence des viscères où se faisait la fluxion, et fit entrer dans son interprétation de la maladie, les lois de la mécanique. Les maladies étaient constituées par des congestions humorales, qui obstruaient les viscères considérés en masse, et s'opposaient au libre exercice de leurs fonctions. La maladie existait, d'après ces remarques, comme une entité abstraite qui ne fixait pas l'attention, et qu'on ne considérait qu'à travers les humeurs et la gêne de l'action mécanique des organes.

Il est facile de prévoir quelle conséquence devait naturellement ressortir de cette interprétation seulement mentale de l'état morbide: c'était de provoquer des évacuations pour désobstruer. On ne trouve pas dans l'ancien système de l'humorisme et du mécanisme, l'idée de l'impression que les agens provocateurs des évacuations font nécessairement sur les tissus des organes qu'ils parcourent: c'est même par où les humeurs tendent à sortir que l'on doit surtout les diriger, selon l'aphorisme: *Quò natura vergit, eà ducendum.*

Il n'est pas nécessaire de déployer dans toute son étendue le système humoristo-mécanique, pour démontrer que pendant tout le temps qu'il a été presque exclusivement en vigueur, l'idée de la maladie n'a point été présentée d'une manière entièrement naturelle, et que dans cette doctrine, proclamée surtout par Boerhaave, toutes les idées de l'hippocratisme ont été embarrassées plutôt qu'éclairées par les notions que la mécanique pouvait fournir, pour favoriser l'appréciation des modifications que les humeurs naturelles présentent quelquefois durant l'état maladif. Il était réservé aux obser-

vateurs de notre époque d'exploiter, par l'observation aidée de tous les acquis que les sciences médicales ont faits, le rôle que les fluides viciés par des agens venus du dehors ou fabriqués par l'organisme, peuvent jouer dans certains états morbides. C'est ce qu'ont fait plusieurs praticiens, parmi lesquels je citerai surtout M. Forget, qui a clairement formulé une série d'observations et de raisonnemens par lesquels l'humorisme rationnel est maintenant mis en évidence, après avoir été admis pour ainsi dire intuitivement par les anciens (1).

De l'Animisme.

L'idée de l'existence d'un principe *animateur* de la matière, a toujours existé dans les sciences philosophiques, où, sous le nom d'*âme,* il joue un rôle immense et incompréhensible. Cette croyance se trouve implicitement dans la doctrine d'Hippocrate, qui dit : *Si homo unus esset neutiquàm doleret, quia non sciret undè doleret;* mais elle n'y figure que comme une entité imaginaire qui ne paraissait pas mériter l'attention des médecins qui se sont occupés les premiers de disposer systématiquement et les croyances et les observations dont alors se composait la science des maladies. Paracelse chercha à fixer l'attention sur cet objet, qui absorbait ses méditations ; mais Van-Helmont paraît être le premier observateur médecin qui, croyant devoir tenir compte de la manifestation de l'animation, considérée en général dans son adhésion à la matière, lui fixa pour principal siége le centre diaphragmatique, et de là la fit présider, sous le nom d'*archée*, à l'exécution de tous les phénomènes produits par l'organisme vivant. Cette archée était plus ou moins calme, selon que les circonstances au milieu desquelles l'homme vivait favorisaient son quiétisme ou tendaient à le troubler. On ne voit pas qu'à cette époque la science de la maladie ait été bien éclairée par cette opinion, car la thérapeutique restait ce qu'elle était sous le père de la médecine.

Stahl parut long-temps après Van-Helmont; il féconda l'idée de celui-ci, en la soumettant à l'influence des croyances sur le dogme de l'âme, qu'il avait trouvé dans Platon, Aristote et d'autres philosophes de l'antiquité; il fit entrer dans la science médicale l'âme abstraite de ces derniers, et lui fit jouer dans la production des phénomènes vitaux, un rôle aussi variable que celui que les Grecs lui attribuaient dans la morale. Selon cette opinion de Stahl, tous les phénomènes produits par l'homme vivant, en santé ou en maladie, se systématisent régulièrement. L'âme régularise toutes les fonctions organiques ; elle lutte contre les causes morbifères, en dirigeant les forces du corps vers les parties où les mouvemens perturbateurs se manifestent ; elle fait suppléer avec intelligence l'action d'un organe sain à celle de celui qui souffre, et tend ainsi constamment à maintenir l'harmonie nécessaire à l'entretien de la vie. Plein de confiance dans tous les actes de l'âme, le système de l'animisme recommande presque constamment dans le traitement des maladies, l'expectation qu'Hippocrate n'exigeait que dans certains cas qu'il caractéserait soigneusement. L'animisme n'a pas captivé l'esprit des médecins d'une manière aussi générale que l'avait fait l'humorisme, probablement parce que ce système ne pouvait s'étayer de démonstrations sensitives, et parce que l'homme sensuel a constamment besoin d'être excité directement par des impressions faites sur ses organes, pour concevoir l'idée de la certitude. Avec les opinions introduites dans la médecine par Stahl, l'énigme des phénomènes de la matière considérée dans l'homme paraissait résolue ; mais en croyant à un régulateur spirituel, on se regardait comme exclusivement dispensé d'observer la matière en mouvement, et l'idée de maladie, entièrement spiritualisée, se perdait infailliblement dans le vague. C'est là le résultat auquel on se voit inévitablement conduit, lorsque, en observateur spiritualiste de la matière, l'on recherche en quoi consiste réellement l'état de maladie. L'on se convainc que, selon l'animisme, la maladie est dans le langage comme une notion abstraite, que l'on est forcé de placer immédiatement à côté de celle de vie, âme, force, bien, mal, beau, etc. ; notion que l'on a déjà trouvée dans les systèmes précédens, et que plusieurs siècles d'observations médicales n'ont jusque là pu rendre sensitivement intelligible.

Du Sthénisme et de l'Asthénisme.

L'habitude de considérer les maladies en général, gênait nécessairement les opérations de l'intelligence dans l'exploration des phénomènes présentés par les maladies ; mais elle ne pouvait s'opposer à ce que du moins les observateurs tinssent compte de certaines particularités qui existaient dans toutes les affections. Thémison remarqua qu'en général l'organisme, dans l'état de maladie, n'offrait pas constamment le même aspect, et que les différences tiraient leurs sources, ou des causes morbifères et de leur mode d'action, ou de la constitution intrinsèque du sujet. Sans dire quelle modification la matière organique éprouvait dans ces diverses circonstances, Thémison vit, dans toute la maladie généralement examinée, un état de relâchement ou de tension, *laxum vel strictum*, et, avec cette remarque, il jeta les fondemens d'une nouvelle interprétation de l'état morbide. Après avoir été étudiée par Cullen, cette nouvelle idée fixa surtout l'attention de Brown, qui, traduisant le *strictum* et le *laxum* en *sthénie* et *asthénie*, ne vit dans toute maladie qu'excès de force ou de faiblesse, et absorba, par les nombreuses considérations qu'il déduisit d'une simple remarque pratique, tous les systèmes établis jusqu'à son époque. Il est cependant évident qu'en acceptant, comme un fait pathologique observable, les états de sthénie ou d'asthénie, l'on avait de la maladie une notion certaine; mais qu'elle était imparfaite : D'une part on ne se donnait pas la peine de considérer que dans le cas en question, les mots force et faiblesse ne pouvaient exprimer qu'une comparaison faite par le sens

(1) Journal hebdomadaire des progrès, etc, 1834 Passim.

intime entre l'état actuel de l'activité d'une ou de plusieurs fonctions, et l'état antérieur de ces mêmes choses; mais dans cette exploration, la matière organique n'était pas aperçue; l'on n'avait qu'une notion purement métaphysique, qui ne pouvait produire que des erreurs dans le traitement des maladies. Aussi, les fauteurs du système dont je parle, pour être conséquens à leurs idées de la maladie, abstraction faite de la matière, étaient-ils forcés, en thérapeutique, de n'admettre qu'une seule vertu médicatrice dans tous les agens par lesquels on tâche de guérir; et cette vertu qu'ils ne connaissaient encore que par les résultats, leur paraissait constamment tonifiante. Mais, pour qu'on lui reconnût cette qualité, il était indispensable que le remède employé rendît plus facile ou réparât complètement la fonction dont le dérangement faisait naître le sentiment d'asthénie ou de faiblesse, qui est l'état presque exclusif du système de Brown. Dans la doctrine de ce médecin, la thérapeutique ne pouvait être qu'empirique, puisque le jugement de l'action des remèdes n'était établi qu'après les résultats de leur emploi. Sans pousser plus loin l'examen de l'idée de la maladie, telle qu'elle est présentée dans Brown, l'on en aperçoit visiblement les défauts majeurs. Ils consistent, 1° en ce que la matière des organes et les qualités des humeurs ne sont pas prises en considération; 2° en ce que la force ou la faiblesse ne sont pas rattachées à leurs véritables causes. Dans l'état normal existe un sentiment de l'exercice libre, facile et énergique de toutes les fonctions vitales, auquel on a donné le nom de force; dans l'état morbide, au contraire, se présente un sentiment de gêne ou d'empêchement à ces mêmes phénomènes, qui a reçu le nom de faiblesse. Mais ce ne sont là que la force et la faiblesse abstraites, qu'à toutes les époques on a trouvées dans la philosophie sans qu'elles y fussent physiologico-pathologiquement décrites. La force et la faiblesse, que j'appellerais volontiers *médicales*, se composeraient bien des mêmes idées; mais elles doivent être complétées par l'exposition de l'état matériel de l'organe, dont la fonction dérangée et l'altération substantielle, constituent réellement la maladie dans son essence absolue. En regardant ainsi dans le système de Brown, on y trouve facilement la source des erreurs qu'il a introduites dans la médecine, autant par des fautes de logique, que par une mauvaise manière d'explorer les divers états morbides.

Du Nosologisme.

Les classificateurs de maladies sont évidemment tombés dans le piège que d'anciens préjugés avaient introduits dans la science de l'homme malade, lorsqu'elle fut déjà assez riche d'observations pour donner l'idée d'un dérangement dans la santé, sans qu'il fût besoin d'interroger le sens intime. S'il était alors un besoin réel, c'était celui de préciser en quoi consistait la maladie naturellement et matériellement parlant, et c'est ce qu'à ma connaissance aucun nosologiste n'a encore fait. A l'exemple des naturalistes, les médecins ont rangé par classes, divisées en ordres, sous-ordres, genres et espèces, les diverses maladies connues au moment de leurs travaux, mais alors les affections morbides n'étaient que des groupes de symptômes révélés par le sens intime des malades, ou observables par les sens; groupes représentant plus ou moins complètement les désordres fonctionnels, sans peindre l'altération matérielle des tissus organiques et des fluides. Considérées de cette manière, si les maladies n'étaient pas simplement connues par pure abstraction, du moins à l'idée qu'on s'en faisait, manquait-il le complément qu'aurait pu y ajouter l'exploration des parties malades, pendant la vie ou après la mort. Mais les vérités naturelles se révèlent difficilement; pour qu'elles se dégagent, il faut souvent que, dans de nombreuses expériences, l'esprit agite longtemps et fortement la matière.

Si l'on examine les nosologies les plus remarquables dans l'histoire de la médecine, qu'elles aient été publiées sous le titre de *pyrétologie* ou de *nosographie*, peu importe à mon objet, l'on voit que la symptomatologie a seule présidé à la classification: que le trouble fonctionnel n'a fourni l'idée primordiale que dans un très-petit nombre de cas, et que l'état matériel de la maladie n'a presque pas été défini. Toutefois, les préjugés encore existant dans la philosophie de la maladie à l'instant où les diverses nosologies ont été écrites, y sont profondément empreints; témoins les fièvres, les cachexies, les diathèses, les humeurs, etc., etc.; mots abstraits, fruits des pénibles inductions des systématiques, et qui n'annoncent que les efforts qu'ont faits leurs auteurs pour rationnaliser les maladies et les rendre intelligibles. Si un tel travail eût été basé sur des observations exactes, l'idée de maladie eût été exprimée complétement; elle eût figuré comme notion première dans tous les tableaux de maladies qui ont été tracés. Mais lorsqu'on les examine bien dans Sauvages, dans Selle et même dans le célèbre Pinel, on voit avec peine qu'à travers des descriptions harmonieuses de maladies représentées seulement par des symptômes, l'esprit est toujours obligé de se figurer arbitrairement l'idée primitive de maladie, ce qu'il fait en analysant les mots fièvre et inflammation; et que, manquant de documens certains pour se faire justement une théorie de l'état morbide, le plus souvent il en *conçoit* une bizarre. Ces remarques générales n'ont pu échapper à aucun esprit sévère dans la recherche et l'expression de la vérité, lorsqu'on a cherché à connaître la maladie dans les livres. C'est donc simplement affirmer une chose certaine, évidente à tous les yeux, que de dire qu'on ne trouve dans les classifications de maladies, que des descriptions de lésions d'organes et de fonctions, et non l'idée primordiale de ce qui constitue l'essence maladive. Et si ce dernier phénomène est, et a toujours été ignoré, ou, ce qui revient au même pour le résultat, s'il est conçu arbitrairement par chaque observateur, doit-on être surpris que la médecine proprement dite, n'ait jamais eu d'autre réputation que celle d'être une science purement conjecturale, bien qu'elle soit appuyée sur une masse d'observations qui s'accroît chaque jour? Dans le dernier siècle, cependant, des hommes de génie ont fait de

grands efforts pour rattacher les notions de maladie à celles d'altération de la matière, et Bichat a porté loin, dans les tissus, le flambeau de la physiologie ; mais toutes ses belles considérations sur les phénomènes de la vie n'ont fait que substituer un doute nécessaire à la place de beaucoup de croyances basées seulement sur des abstractions. Les maladies ont alors été rapprochées des tissus, s'il peut être permis de s'exprimer ainsi ; mais une fusion parfaite n'était pas encore opérée ; certains états morbides paraissaient même composés d'élémens diamétralement opposés. Pour vérifier cette assertion, essayez de descendre mentalement dans l'organisme malade, avec la nosographie philosophique à la main ; portez-y encore, s'il vous paraît nécessaire, l'anatomie générale ; jetez alternativement vos regards sur la nature malade et sur vos livres, et dites-moi ce que c'est que maladie..... Le philosophe nosographe vous engagera à répondre que c'est un dérangement dans l'exercice d'une ou de plusieurs fonctions, et développant cette idée avec Bichat, vous la compléterez en y joignant les diverses nuances d'altération de la matière que la maladie peut offrir. Mais cette idée est-elle parfaite ? représente-t-elle à votre intelligence la vérité toute entière ? Vous n'osez l'affirmer, parce que vous n'êtes pas en mesure pour cela ; vos auteurs ne vous ont donné de l'organisme et de son jeu que des notions imparfaites ; celles que vous vous faites de la maladie présentent aussi des lacunes. Pour les combler, plusieurs travaux ont été élaborés dans le siècle où nous vivons ; M. Broussais ayant seul jusqu'à ce jour coordonné les siens systématiquement, nous allons voir comment il conçoit, voit ou explique l'état de maladie en général.

De la maladie selon M. Broussais.

Bien que la doctrine physiologique ait été déclarée parfaite dès sa naissance, elle a subi des modifications connues, elle a même changé de nom ; arrivé maintenant à son dernier degré de perfection, il est aujourd'hui possible d'apprécier justement le véritable rôle qu'elle joue dans la science de l'homme malade. Observateur laborieux et instruit, imbu du scepticisme qui dominait les esprits de son époque, l'auteur de cette doctrine a marqué ses premiers pas dans l'exploration de l'état maladif, du cachet de l'incertitude. L'anatomie générale, appliquée à la physiologie par Bichat, devait nécessairement, selon une expression de cet auteur, refluer sur la pathologie ; mais la nature lui a refusé le temps nécessaire pour manifester toutes ses conceptions. M. Broussais, qui, alors, croyait avoir assez observé l'homme malade pour bien comprendre le mécanisme de la maladie, examine d'abord l'état des tissus organiques et leurs fonctions pendant la santé ; puis il cherche à apprécier les modifications qu'apportent dans ces mêmes tissus et ces mêmes fonctions, tous les agens au milieu desquels l'homme vit pendant l'état de santé ou de maladie. Encore nouveau dans la carrière de l'observation, prenant les phénomènes de la vie pour ce qu'ils sont ou paraissent être, il reconnaît, comme ses maîtres le lui avaient enseigné, qu'un certain nombre de *propriétés vitales* contribuent ou président à l'entretien de la vie, et que la maladie résulte du trouble effectué dans ces propriétés. Parmi celles-ci, il note surtout l'irritabilité, qui, selon lui, est la faculté naturelle qu'ont les tissus de se mouvoir par le contact d'un corps étranger ; faculté qu'il désigne par le terme de contractilité. Plus loin, nous verrons ce qu'il fait de cette dernière propriété vitale. La sensibilité qui figure la première parmi les phénomènes vitaux chez les physiologistes, est considérée par M. Broussais comme n'étant qu'une même chose avec l'irritabilité. Pour diriger ses premières observations, ce médecin n'avait que les notions physiologiques de ses devanciers et de ses contemporains, comme le prouve l'énoncé de sa foi médicale, réduit à sa plus simple expression, dans les propositions qu'il a placées en tête de son examen des doctrines médicales. Il dit, proposition 67 : « La santé *suppose* l'exercice régulier des fonctions ; la maladie *résulte* de leur *irrégularité ;* la mort de leur cessation. » Pour le moment, la maladie n'est simplement qu'une irrégularité dans les fonctions : ce qui d'abord ferait croire que cet observateur n'avait de l'état morbide, en écrivant ainsi, qu'une idée très-imparfaite, plus étroite même que celle des systématiques, dont il se proposait alors de faire connaître les opinions, en remontant même jusqu'à Hippocrate. Afin de commenter la proposition précédente de manière à rendre plus intelligible l'idée de maladie, celle qui la suit établit que « les fonctions sont irrégulières, lorsqu'une ou plusieurs d'entre elles s'exécutent avec *trop* ou *trop peu* d'énergie ; » d'où la nécessité de conclure que la maladie consiste dans l'accroissement ou la diminution de l'énergie des fonctions ; ce qui reproduirait l'idée du *strictum* et du *laxum*, mais d'une manière qui serait fort vague à la vérité, si la proposition 72 n'établissait que : « il n'y a ni exaltation ni diminution générales et uniformes de la vitalité des organes ; » la 73e, que : « l'exaltation commence toujours par un système organique, et se communique à d'autres, soit dans le même appareil, soit ailleurs ; » et enfin, si la 74e n'assurait que : « la nature de l'exaltation communiquée est la même que l'exaltation primitive. » Jusque là il est évident que l'auteur s'élève au-dessus de ses devanciers ; sa dernière affirmation paraît même être une idée neuve ; mais il n'est pas moins clair qu'il baisse et retombe dans le brownisme, quant aux mots précédens il ajoute : « c'est toujours l'augmentation des phénomènes qui atteste l'état de la vie. » Ainsi, selon M. Broussais écrivant ses propositions, être malade, ce serait présenter les phénomènes vitaux à un degré supernormal ou sous normal, ce qui constitue la sthénie ou l'asthénie de Brown ; mais selon la 75e proposition, « l'exaltation d'un ou de plusieurs systèmes organiques, d'un ou de plusieurs appareils, détermine *toujours* la langueur de quelque autre système ou appareil ; » et, *vice versâ ;* selon la 76e proposition : « la diminution de vitalité d'un système ou d'un appareil entraîne *souvent* l'exaltation d'un ou de plusieurs autres, et *quelquefois* leur diminution ; » de sorte que la maladie, qui n'est constam-

ment ni dans l'exaltation ni dans la diminution des phénomènes vitaux, considérés dans un ou dans plusieurs appareils organiques, est on ne sait où dans les propositions. Et où donc apprendre ce que c'est que maladie, si les livres de M. Broussais ne l'enseignent pas? Cependant, les propositions 78, 79, 80, 81, 82 et 83 annoncent qu'où il y a surexcitation il y a aussi appel de fluides; ce qui rappellerait simplement l'aphorisme *ubi stimulus ibi fluxus*, si l'auteur n'ajoutait qu'il y a aussi nutrition irrégulière et désorganisation, et que cet état morbide peut être désigné par le mot *irritation*, en sous-entendant la qualité. Cette manière de procéder dans l'exploration de la maladie et de ses causes, mérite, selon M. Broussais, le titre de méthode physiologique, parce qu'elle est basée sur l'observation des phénomènes vitaux. Oui; mais cette observation a-t-elle révélé l'idée de maladie dans sa perfection naturelle, comme l'entend et l'affirme l'auteur? Tout ce qu'il a écrit jusqu'à ce moment ne suffit pas pour répondre par l'affirmative; car on ne peut voir dans ces assertions que ce qui a été enseigné et cru par Hippocrate et tous ses successeurs. C'est ici le lieu de démontrer que la doctrine que j'examine, quel que soit le nom qu'on lui donne, ne renferme ni implicitement ni explicitement l'idée naturelle complète de l'état morbide, de quelque manière qu'on le considère; sans prétendre toutefois avancer que ce système ne vaille pas même mieux que ceux qui l'ont précédé pour diriger l'esprit dans l'exploration des maladies et de leur traitement.

Après avoir professé pendant quelque temps de l'indécision physiologique sur ce qu'il convenait d'entendre par maladie, M. Broussais a groupé ses croyances dans le mot *irritation*, en sous-entendant l'épithète morbide; et il a adopté l'irritation pour prototype de presque toutes les maladies. Et comme l'irritation n'existait que confusément dans les premiers fondemens de la doctrine de l'auteur, il a fait un livre exprès pour bien expliquer ce qu'il veut que l'on entende par ce phénomène, considéré dans l'état normal ou anormal. Puisque l'idée de l'irritation doit, dans le système que j'examine, représenter celle de maladie, il devrait suffire d'analyser le chapitre que l'auteur a consacré à ce sujet pour connaître ce qu'il entend par maladie; mais malheureusement ce chapitre est, pour nous servir d'une expression de son auteur, *d'un vague trop pénible* pour être décomposé par la méthode analytique. Essayons cependant, pour l'utilité de notre sujet, de disséquer quelques phrases du chapitre premier de l'irritation, consacré à donner une idée de cet état dans le corps vivant. Selon l'auteur: « le mot irritation représente aux médecins l'action des irritans, ou l'état des parties vivantes irritées. » Or, tout en tenant pour certain que vous connaissez l'état des parties *vivantes*, et que vous comprenez même plus ou moins bien comment elles vivent, le mot irritation peut-il représenter à votre intelligence l'action des irritans? D'après les textes de l'auteur, que j'ai ci-dessus rapportés, vous connaissez l'irritation, parce qu'elle était représentée comme exprimant la congestion de fluides ou l'accroissement de la sensibilité qui suivent l'action des irritans, au moins dans certains cas, et vous conceviez par quelle suite de phénomènes vitaux les irritans opéraient l'irritation morbide: mais maintenant la définition du mot vous ôte entièrement l'idée qu'il devait graver dans votre esprit. Dans la seconde phrase: « on appelle irritans tous les modificateurs de notre économie qui exaltent l'irritabilité ou la sensibilité des tissus vivans, et qui élèvent ces phénomènes au-dessus du degré normal. « Dans ces mots, on trouve bien que l'auteur regarde l'irritabilité et la sensibilité comme deux phénomènes distincts, dont l'un fait l'autre, bien qu'il les eût considérés comme *un seul* dans d'autres endroits; mais c'est là tout, et ce tout ne contient nullement l'idée de maladie, pas même celle d'irritation, puisque, pour avoir celle-ci, il faut atteindre la congestion. Et quand même la congestion serait là, elle ne donnerait que l'idée d'en phénomène morbide, et rien de plus; pour avoir celle de maladie, il faudrait nécessairement remonter aux modifications qu'elle opérerait dans la sensibilité, ainsi qu'à l'obstacle que la congestion opposerait à quelque fonction: ce qui ne ferait que traduire l'aphorisme d'Hippocrate: *Ubi sanguis morbum procreat dolorem inducit*, etc. Et, dans cette dernière circonstance, l'on n'aurait encore que les maladies d'un seul genre, qui seraient celles avec congestion inflammatoire. Or, comme tout état morbide ne présente pas une congestion appréciable; il en résulte que le mot irritation, même pris dans l'acception que lui donne M. Broussais, ne peut seul donner l'idée complète de l'état morbide. Ajoutez à cela que ce mot n'indique nullement les qualités des matériaux de la congestion, bien que la proposition 104e affirme que les foyers phlegmasiques altèrent les fluides. Si cette altération est certaine, (l'auteur admet cette idée, proposition 114e, et combat cette assertion en plusieurs endroits, surtout au livre de l'irritation et de la folie, page 281), ne doit-elle pas entrer en ligne de compte dans l'addition des élémens constituant la maladie? Dans ces considérations doivent encore entrer les sympathies, *inévitables*, selon l'auteur, dans toute maladie; et l'observation fait souvent voir que le véritable caractère d'une affection est fréquemment modifié par les sympathies qui surviennent. Une phlegmasie gastrique étant donnée pour exemple, il n'est aucun médecin qui ne sache que l'aspect présenté par l'individu atteint de cette maladie offre aussi des modifications bien différentes, selon que, par sympathies, les poumons, le cerveau ou les reins viennent participer plus ou moins à l'affection locale. Il y a plus: pour les observateurs attentifs, une maladie quelconque présente *constamment* des caractères qui dépendent évidemment de la cause qui l'a produite, bien que siégeant dans le même organe et occupant les mêmes tissus. Les nuances de lésions manifestées par les symptômes ne sont pas les mêmes; et si l'on veut opposer des traitemens, l'expérience prouve formellement que le même ne convient pas également à tous les cas: il s'agit cependant d'une maladie de l'estomac, et ce que je dis de ce viscère peut se dire de tous les autres.

Peu importe, pour l'explication de l'état morbide,

la cause qui l'a occasioné, toujours cet état sera complexe, c'est-à-dire qu'il comprendra l'altération de la matière organique, en même temps que celle des fluides ; d'où il arrivera que pour le bien comprendre, l'on sera forcé de s'aider des notions de physique, de chimie, etc. ; etc. Sur ce sujet, M. Broussais, dans le 8e chapitre de l'irritation, s'est livré à des démonstrations qui mettent parfaitement en évidence la formation de la maladie par la soustraction des modificateurs les plus ordinaires de l'excitabilité ; mais ses démonstrations prouvent surtout : 1° que les maladies irritatives, telles qu'il les conçoit ou les démontre, sont moins fréquentes qu'il ne le dit ; 2° que l'irritation est incapable de donner une idée complète de la maladie en général, puisque l'état irritatif n'existe pas dans tous les cas, et que le plus souvent il n'est que secondaire.

Le livre de l'irritation fournit une base solide à l'assertion que je viens d'exprimer, dans la troisième section du chapitre précité. L'auteur y reconnaît que les maladies ne peuvent différer que « *par la nature de l'agent provocateur ;* » déclaration qui dépose formellement en faveur de l'opinion que nous avons jusqu'ici soutenue. Selon l'auteur, l'infection de nos humeurs durant l'état de vie, serait *une chimère*, cette infection ne serait morbide qu'autant qu'elle se compliquerait d'irritation ; mais n'est-il pas évident qu'alors l'état irritatif n'est que secondaire, n'est là que symptômatique ? Pour compléter sa théorie de l'irritation morbide, M. Broussais a traité longuement « des changemens qui surviennent dans les organes par l'influence de l'irritation, » et ce qu'il dit sur ce sujet n'est qu'un long paralogisme, parfaitement contradictoire à tout ce qu'il croit avoir démontré, et surtout à ce qu'il dit touchant l'irritation. Décomposons quelques-unes des premières phrases de la section ci-dessus désignée. Il y est dit : « Les tissus irrités commencent par se mouvoir avec plus de précipitation que dans l'état normal : ils appellent les fluides, en raison des affinités qui existent entre les molécules des solides et celles des liquides, affinités qui augmentent avec l'intensité de la vie. Il s'établit ce que nous appelons des *érections vitales morbides*. Ces érections produisent des changemens dans la manière d'être de nos tissus. Le premier et le principal consiste dans l'état inflammatoire. » Voilà l'idée mère de la doctrine de M. Broussais, sur l'état morbide ; il affirme solidement ce que nous venons de transcrire ; examinons si cela est naturellement vrai :

1° Puisque les tissus irrités sont congestionnés, condition sans laquelle l'irritation n'existerait pas, et ne pourrait même être conçue, est il évidemment faux de dire qu'ils se meuvent avec plus de précipitation que dans l'état normal ; car dans ce premier cas ils ne peuvent se mouvoir ; la fonction moléculaire des tissus ainsi affectés est troublée, empêchée, et par conséquent la fonction organique subit le même sort. C'est du moins ainsi que l'état morbide, en général, a toujours été compris, comme il appert d'une définition de cet état, donnée par Sennert, il y a environ deux siècles, lequel n'a prétendu exprimer qu'une vérité de sens commun, en ces termes : « *Quapropter morbus rectissimè per impotentiam naturales actiones exercendi definietur : et consentiunt in eo omnes homines, quòd sicut ii, qui ad agendum ea, quæ sunt secundùm naturam, apti sunt, sani dicuntur : ita illi rectè ægri appellantur, qui ad actiones has obeundas inepti sunt.* (Sennerti opera omnia, t. 1, p. 346. De *morbi naturâ.*)

2° Dire que les tissus appellent les fluides en raison d'affinités, c'est faire seulement de l'ontologie ; car ces affinités ne paraissent aux sens que comme une condition de la disposition physique des parties où ce phénomène s'exécute ; disposition qui se trouve mise en jeu par le φυσις, ενορμων, d'Hippocrate, *impetum faciens*, que nous ne connaissons pas ; et l'augmentation de l'intensité de la vie dans le cas cité par l'auteur est fausse, puisqu'alors cette vie ne se décèle que par des phénomènes de trouble qui la rendent douteuse, imparfaite et surtout impuissante. L'auteur dit : » qu'il s'établit des érections vitales morbides. « Le mot érection aurait ici besoin de commentaire ; car, là où des fluides sont congérés dans des vaisseaux dont l'*intégrité est douteuse*, il est facile de voir de l'engorgement ; mais comment y distinguer nettement de la simple érection ? Les changemens qu'alors on voit dans la manière d'être de nos tissus, sont présens ; mais est-il bien certain que le principal consiste dans l'état inflammatoire ? Pour avoir sur cette question du moins un doute favorable, il eût fallu que l'auteur eût démontré moins évidemment que, fort souvent, l'irritation, c'est-à-dire la congestion de fluides dans les tissus, est le résultat de causes qui affaiblissent l'excitabilité, qu'il considère comme le principal phénomène de la vie. Dans ce dernier cas, l'on a l'*hypérémie asthénique*, dont M. Andral a bien fait connaître les caractères. Et comme l'excitabilité ne se décèle à M. Broussais que *par la contractilité*, qu'il prend souvent pour prototype de l'action vitale, afin de parler sensuellement, il résulte, selon lui, qu'où les phénomènes de la vie sont accrus, la contractilité l'est nécessairement aussi, et que l'irritation, qui n'est qu'une congestion, se trouve, dans sa logique physiologico-pathologique, convertie en érection représentant un excès de contractilité. Au milieu de telles conceptions mentales, recherchez l'idée de maladie à son état primitif ? Ce n'est donc pas dépasser les bornes de la certitude et de la démonstration, que d'affirmer que la doctrine fondée sur l'irritation, telle que l'entend M. Broussais, ne donne pas une idée complète de la maladie en général. Mais la justice exige que l'on reconnaisse que les démonstrations faites par cette doctrine sur l'état des tissus malades, ont développé dans les sciences médicales quelques idées plus importantes et matériellement plus vraies que celles présentées dans la plupart des systèmes anciens ; idées dont les premières notions avaient été exposées par Bichat et Pinel, et qui ont servi à rationnaliser l'emploi empirique des émissions de sang locales ou générales, ainsi que tous les traitemens antiphlogistiques.

(*La fin au prochain n°.*)

—

JOURNAL

DE

MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES.

OCTOBRE 1834.

Observation de mort apparente après une abondante hémorrhagie. — Considérations sur la mort réelle et la mort apparente.

M. Henri Joffre, docteur en médecine à Villeneuve-de-Berg (Ardèche), nous communique l'observation suivante :

Dans le mois de septembre 1827, je fus appelé à une lieue et demie de ma résidence pour donner mes soins à une femme dont les jours étaient menacés par une perte utérine très-abondante. L'extrait de ratanhia à l'intérieur, secondé d'applications astringentes, arrêta promptement l'hémorrhagie; mais dans la soirée, après mon départ, l'écoulement se reproduisit avec plus de force que jamais. Un exprès me fut envoyé aussitôt; mais à mon arrivée je trouvai toute la famille en pleurs : on m'annonça que la malade était morte depuis une demi-heure environ, et qu'ainsi qu'il est d'usage dans ces contrées, on venait de la couvrir du drap mortuaire.

Ne voulant pas m'éloigner sans avoir examiné le cadavre, je soulevai le drap et portai les doigts sur le pouls que je crus encore sentir vibrer. La respiration et la chaleur ne me parurent point non plus complétement éteintes. J'approchai une glace de la bouche de cette femme, et il me sembla que la surface en était légèrement ternie. Je titillai alors l'intérieur des narines avec les barbes d'une plume, et portai sous le nez et près des yeux un flacon d'alcali volatil, qui fit faire un mouvement à la prétendue morte. Je redoublai de soins auprès d'elle, et j'eus bientôt la satisfaction de la rappeler à la vie. Aujourd'hui cette femme jouit d'une parfaite santé.

Réflexions. Nous ne saurions trop engager nos confrères à ne jamais négliger d'examiner le corps des individus qui meurent ainsi rapidement dans leur absence, et à ne pas s'en rapporter aux assertions des personnes étrangères à notre art, qui, souvent effrayées pas l'aspect d'un moribond, ne savent pas reconnaître le moment de la cessation de la vie. Ce moment est d'ailleurs souvent fort difficile à préciser; car l'état que l'on a appelé léthargique diffère quelquefois si peu de la mort véritable, qu'on a dit avec raison qu'il n'est pas d'autre signe positif de la mort que la putréfaction; encore ce symptôme peut-il facilement induire en erreur.

Il ne suffit pas en effet qu'un individu soit froid, sans mouvemens ni sensibilité; avec absence de pouls et de respiration, pour qu'on doive dans tous les cas le considérer comme mort et le couvrir de son linceul : il est des circonstances dans lesquelles il ne faut pas s'en rapporter à cette mort qui peut être apparente, et négliger des moyens qui quelquefois ont ranimé la vie presque éteinte. Les cas d'asphyxie et d'hémorrhagie sont surtout ceux dans lesquels les médecins ne doivent se retirer qu'après le plus scrupuleux examen. L'expérience a prouvé en effet que des individus, après avoir perdu une énorme quantité de sang et passé pour morts pendant un temps assez long, sont revenus à la vie par des circonstances fortuites ou par des soins heureusement administrés. Ces exemples, si communs que chacun de nos lecteurs peut en trouver dans sa pratique, nous indiquent la nécessité de ne pas proclamer sans un sérieux examen la mort des individus.

Des médecins, dans un but louable de philanthropie, se sont élevés avec force contre les inhumations précipitées, et le législateur a cherché à prévenir autant que possible les inconvéniens qui pourraient résulter d'un examen trop superficiel, en fixant une époque pour l'ensevelissement des cadavres, et en préposant un homme de l'art pour certifier que la mort est réelle. Ces mesures étaient indispensables sans doute, et elles ont dû dans quelque cas faire éviter des erreurs funestes; mais il s'en faut beaucoup que ces précautions soient suffisantes pour prévenir les résultats que doit souvent produire l'état léthargique. Expliquons notre pensée par un exemple.

A la suite d'un accouchement laborieux, l'enfant vient souvent au monde dans un état de mort apparente. Il est pâle, décoloré, ou bien sa figure est gonflée et de couleur noire. Dans l'un et l'autre cas, la circulation et la respiration sont tout-à-fait nulles, et si l'on abandonne cet enfant sans secours, il est presque certain que la vie ne se ranimera plus en lui. Si, au contraire, on emploie avec persévérance les moyens convenables, si on insufle de l'air dans les poumons, si on jette de l'eau sur la face, si on titille les narines, si on frictionne le rachis, etc., dans le plus grand nombre des cas, après une heure, deux heures de patience, les battemens du cœur se font sentir, la respiration s'établit, et l'enfant, qui ne semblait être qu'un petit cadavre, est rendu à la vie, et en quelque sorte ressuscité, pour nous servir d'une expression qui ne paraîtra pas trop forte à ceux qui ont l'ha-

bitude de la pratique des accouchemens. Or, les signes de la mort sont si incertains, il est si difficile de fixer l'époque à laquelle on ne peut plus conserver l'espoir de rappeler les enfans à la vie, que les accoucheurs ont sur ce point des habitudes tout-à-fait opposées. Les uns, après quelques tentatives inutiles, perdent tout espoir de ranimer le jeu des poumons, et abandonnent les enfans qu'ils considèrent comme morts; les autres, au contraire, persistent à leur prodiguer des soins avec une opiniâtreté vraiment admirable; ils n'abandonnent jamais un enfant qui ne présente que des signes de mort récente, avant d'avoir eu recours à tous les moyens imaginables pendant quatre ou cinq heures, et nous pouvons affirmer que leurs efforts sont souvent couronnés du succès.

Appliquons maintenant aux morts subites des adultes ce que nous venons de dire de la mort apparente des enfans. N'est-il pas probable que dans un très-grand nombre de cas des soins bien entendus et administrés à propos et avec persévérance eussent rappelé à la vie des individus qui n'étaient que dans un état de mort apparente? L'exemple cité par M. Joffre, et des milliers de même nature que la science possède, mettent pour nous hors de doute cette proposition.

Il est bien vrai qu'il n'y a pas ressemblance parfaite entre le fœtus, qui n'a jamais respiré, et l'adulte, chez lequel les fonctions de la respiration et de la circulation ont été tout-à-coup suspendues; mais enfin ce fœtus était vivant dans le sein de la mère, et toutes les fonctions importantes, à l'exception de la respiration, s'exécutaient chez lui d'une manière complète; si elles ont pu être suspendues entièrement, du moins en apparence, pendant plusieurs heures, sans que la vie fût irrévocablement éteinte, rien ne doit nous empêcher de croire que cette vie ne puisse être rappelée chez l'adulte, lorsque, pendant un temps plus ou moins long, aucune fonction ne nous a révélé sa présence.

Les conclusions à tirer de ces faits et de ces raisonnemens nous semblent donc les suivantes :

1° Examiner avec le plus grand soin les individus supposés morts (lorsque nous n'apercevons pas de lésion organique suffisante), et faire cet examen, non pas seulement au moment de les inhumer, ce qui est alors presque toujours inutile, mais le plus promptement possible et avant qu'on ait perdu tout espoir de pouvoir les rappeler à la vie.

2° Lorsqu'on est appelé à temps, ne point abandonner les sujets avant d'avoir constaté par tous les moyens qui sont en notre pouvoir, que la vie est irrévocablement éteinte et que tous les secours de l'art sont inutiles.

Cas de mort apparente qui s'est prolongée pendant vingt jours.

On lit dans le journal de Hufland une curieuse observation qui peut venir à l'appui de ce que nous avons dit dans le précédent article.

Un jeune homme mourut à l'hôpital de Paderborn, et ne put être enseveli que trois semaines après avoir rendu le dernier soupir. Le vingtième jour, aucun des caractères de la mort n'était encore manifeste. Voici les circonstances de ce fait curieux.

Ce jeune homme avait été guéri depuis quelque temps d'une fièvre tierce, lorsqu'il rentra à l'hôpital avec quelques signes qui faisaient craindre la pthisie, quoique cette maladie ne fût point confirmée; l'économie ne présentait aucune autre altération. Dans la journée où il mourut, ses yeux s'ouvrirent tout-à-coup, et pendant quelques minutes le pouls battit irrégulièrement. Quelques petites plaies qui étaient résultées de cautérisations pratiquées sur diverses parties de son corps pour ranimer la sensibilité, suppurèrent le second, le troisième et le quatrième jours; le cinquième, ses mains se placèrent derrière son corps; du cinquième au neuvième jour, il s'exhala de la moitié du corps une sueur abondante et sans odeur. Vers la fin du neuvième, il apparut sur une grande partie de la région dorsale des bulles séreuses semblables à celles du pemphigus. Les membres conservaient encore leur souplesse naturelle, et le dix-huitième jour les lèvres n'avaient point perdu leur couleur vermeille. Pendant neuf jours le front forma, en se ridant, des plis verticaux, et durant tout ce temps le visage offrait une expression qui n'était nullement celle d'un cadavre. Pendant dix-neuf jours le corps fut conservé dans une chambre chaude : il ne répandait pas la moindre odeur fétide, et on n'observa pas la plus légère trace de lividité cadavérique. La maigreur ne fut pas très-considérable, circonstance qui, si elle eût existé, eût pu servir à expliquer ces différens phénomènes.

Note critique sur l'emploi médical des préparations antimoniales, sur la créosote et sur la décoction de suie, adressée par M. le professeur FODÉRÉ.

« La forme et le volume de votre journal ne me permettant pas d'y insérer des mémoires, ce que j'aurais fait volontiers, j'ai néanmoins pensé qu'il serait avantageux à vos lecteurs d'y trouver quelques notes critiques sur l'emploi de certaines substances nouvelles que l'on vante à toute outrance, et qui, en attendant qu'elles soient oubliées, comme tant d'autres, peuvent faire beaucoup de mal. Je vais parler ici des préparations chimiques antimoniales, de la créosote et de la suie, que M. le docteur Blaud, de Beaucaire, a présentée dans *la Revue médicale* comme un véritable succédané de cette créosote.

» Il y a peu de temps encore que l'on dédaignait comme inutile l'antimoine diaphorétique, ou qu'on le regardait comme si dangereux, qu'on n'osait l'administrer qu'à la dose de quelques grains; encore se disputait-on s'il fallait le donner lavé ou non lavé. L'émétique n'était administré que comme vomitif dans les pleurésies bi-

lieuses, et avec des précautions très-bien indiquées par l'illustre Maximilien Stoll. Il y a peu d'années qu'un chirurgien de Genève, M. Peschier, se vanta d'avoir guéri plusieurs centaines de malades, dans une épidémie du canton de Vaud, avec ce seul remède donné à des doses énormes, d'après la méthode italienne. Il n'a pas manqué d'imitateurs à Paris, à commencer par feu M. Laënnec, qui n'en a pas toujours eu bon marché. Mais l'amour du changement n'est pas le moindre défaut de notre siècle, d'autant plus qu'il conduit à la célébrité, tant bonne que mauvaise; et vous avez, dans la capitale, MM. Magendie, Récamier, Trousseau, Bonnet, etc., qui ont donné un soufflet à ce pauvre émétique, qu'ils avaient tant loué, pour lui substituer les acides antimonieux, antimonique, et les antimoniates, à très-haute dose, guérissant, sans défaillir, les inflammations des organes respiratoires et des articulations.

» Nous avons eu ici plusieurs thèses sur les antimoniaux de diverses sortes; mais l'une des plus remarquables est celle à laquelle j'ai assisté comme examinateur, et qui a été soutenue en dernier lieu par M. Grandjean, lequel a guéri, dit-il, vingt-deux malades affectés de péripneumonies et de rhumatismes aigus, auxquels il a administré depuis un gros jusqu'à deux, par vingt-quatre heures, d'oxide blanc d'antimoine, sans spécifier le degré d'oxigénation, ou même, sans s'en douter, s'appuyant uniquement de l'autorité de ces docteurs que je viens de nommer, ce qui n'est pas toujours le plus sûr pour les malades.

» Je dirai d'abord que ces préparations antimoniales ont eut différens sorts entre les mains des praticiens, qui n'ont pas toujours parlé de leurs insuccès. Dans la plupart des autres cas, ce n'est qu'après l'emploi convenable des émissions sanguines que la nature a pu tolérer ce genre de médicamens. Je ne m'étendrai pas davantage sur ces points de pratique connus de tout le monde; mais comme j'ai coutume, dans la partie toxicologique de mon cours de médecine légale, de parler des poisons, et comme tels, et comme médicamens souvent héroïques, et d'en faire, séance tenante, des essais sur des lapins qui sont immédiatement ouverts après la leçon, expériences qui se répètent chaque année, et dont le nombre augmente, grâce aux substances nouvelles dont les médecins des capitales nous vantent l'efficacité, j'ai mis en évidence, sous les yeux de mes auditeurs, ce qu'on peut attendre en réalité des antimoniaux administrés à des animaux sains. Pour abréger, je ne citerai que deux de ces cours.

» *Cours de* 1833. J'ai fait donner, le 20 juillet, quinze grains chaque, d'émétique, d'acide antimonieux d'acide antimonique, et d'antimoniate de potasse, à quatre lapins forts et vigoureux (je me sers de ces animaux, parce qu'ils ne vomissent pas). Celui qui avait pris l'émétique périt en deux minutes; l'acide antimonieux, en trois minutes: l'acide antimonique, en trois minutes, et l'antimoniate de potasse, en quatorze minutes trente secondes. Chez tous les quatre on observa de grands mouvemens convulsifs avant la mort, puis la raideur des membres. A l'autopsie, on trouva, chez celui qui était mort après l'ingestion de l'émétique, le cerveau fortement injecté, les poumons d'un rouge éclatant, le cœur dilaté, surtout au ventricule droit; l'estomac ballonné, la tunique péritonéale injectée, la muqueuse réduite en pulpe, restée en partie collée aux alimens; la tunique musculeuse rougeâtre et ramollie, la rate atrophiée, le foie d'un brun noirâtre, et gorgé de sang fluide et noir; la vésicule du fiel pleine d'une bile liquide, la muqueuse des intestins grêles garnie de stries rougeâtres et désorganisée. Le deuxième et le troisième lapins ont présenté le même désordre, sauf que le cerveau était à l'état normal et que l'estomac était prodigieusement dilaté, que sa muqueuse était intacte et sans inflammation. Le quatrième lapin offrait les mêmes désordres, sans lésion au cerveau, sans lésion apparente à l'estomac; mais les poumons, le foie, la rate présentaient les altérations précédemment décrites. J'ajouterai ici, qu'ayant interrogé au cinquième examen, le 23 juillet 1833, un praticien de Paris qui était venu passer ses examens a notre école, homme fort instruit et qui avait aussi usé largement des antimoniaux, il nous dit qu'il était loin d'en pouvoir faire l'éloge d'après ce qui lui était arrivé, et qu'il y avait renoncé.

» *Cours de* 1834. Le 25 juillet, les mêmes substances antimoniales ont pareillement été données à quatre lapins, mais seulement à la dose de dix grains. Celui qui prit l'émétique est mort cinq minutes après l'ingestion, et a présenté à l'autopsie les caractères suivans: raideur des membres, cerveau et poumons injectés, rougeur de l'estomac. Celui qui prit l'antimoine diaphorétique, mort dans le même temps, a présenté moins d'injection sanguine que le premier. Le troisième, mort par l'acide antimonique, injection générale, mais pâleur des poumons; par l'antimoniate de potasse, cerveau mou, sans autre altération; cœur injecté, d'un rouge violet; poumons marbrés, articulations moins raides que les trois autres. Je noterai, avant de finir ce sujet, qu'ayant essayé les mêmes réactifs sur l'acide antimonique et l'antimoniate de potasse que ceux usités pour reconnaître l'émétique, j'ai reconnu qu'ils se conduisent différemment, et que, par exemple, l'hydrosulfate d'ammoniaque donne un précipité d'un jaune pâle avec l'acide antimonique, et avec l'antimoniate de potasse un beau jaune canari; ce que j'ai pu encore faire voir sur les poumons et l'estomac de mes lapins.

» Dès les premiers temps où il a été question de la créosote, j'en ai fait venir de Berlin, de la composition même de M. de *Reichenbach*, à l'effet de l'essayer sur les animaux. Depuis plus de quarante ans, j'avais employé avec quelque succès l'eau de goudron dans les affections chroniques ou catarrhales de poitrine, et j'espérais que la nouvelle substance, qui paraît n'être que cette même eau plus concentrée, offrirait du moins la même efficacité. Quoique quelques enthousiastes aient vanté ses vertus, le fait est que les tentatives faites dans les hôpitaux, et par quelques praticiens, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur, contre les ulcères et les cancers, sont loin d'avoir répondu à ce qu'on en attendait, si l'on en excepte à l'extérieur les effets ordinaires des astringens et des acides concentrés. D'autre part, M. le docteur Blaud avait offert au public une longue liste de maladies gué-

ries par la suie, qui plus de cinquante ans auparavant avait déjà été essayée, puis abandonnée. Il fallait ici des faits et non pas des paroles. J'ai donc essayé, dans ma leçon du 4 août 1834, les propriétés de ces deux substances, suie et créosote, après avoir fait bouillir une bonne poignée de la première dans six onces d'eau distillée.

» Action de la créosote pure sur le sang, l'albumine et la bile. Versée sur du sang frais, ce liquide a été aussitôt épaissi et séparé en deux parties, l'une blanche et albumineuse, l'autre noire, formant un caillot tombé au fond. L'eau albumineuse a été aussitôt coagulée par quelques gouttes de créosote; la bile a été pareillement coagulée et décomposée. Il s'est formé au fond du verre un coagulum blanc et vert. Il en a été de même avec le bouillon. Mais la solution de bi-carbonate de potasse a redissous tous ces coagulum et a rétabli les liquides.

» La décoction de suie a été essayée comparativement et en quantité double et triple de la créosote, et n'a produit aucun de ces résultats. Les deux liquides, créosote et eau de suie, ont ceci de commun et de différent : 1° que l'odeur, quoique se ressemblant un peu, est loin d'être la même; 2° la couleur est jaune citrine dans l'une et l'autre; mais l'eau de la créosote est plus claire et plus limpide; 3° le papier de tournesol, trempé dans l'une et l'autre liqueur, a été légèrement rougi, mais plus sensiblement avec la créosote.

» J'ai saturé avec du carbonate de potasse une portion de créosote; vive effervescence. J'ai laissé évaporer, puis j'ai versé sur ce sel de l'acide sulfurique; vive effervescence et vapeurs donnant l'odeur de la créosote, ce qui n'a pas lieu dans la suie. D'où j'ai conclu que les deux substances diffèrent essentiellement, du moins par leur activité; que le principe actif de la créosote réside spécialement dans la présence d'un acide astringent placé entre l'acide acétique et l'acide gallique.

» Enfin, durant ces expériences, il a été donné à un lapin treize gouttes de créosote, et à un autre lapin deux onces de décoction de suie. Ce dernier n'a pas paru en souffrir; mais le premier est resté tranquille, sans mouvemens, n'a plus voulu manger, et a été trouvé mort trois jours après. — Autopsie, le 8 août : corps très-raide, cerveau injecté et ramolli, poumons enflammés et très-denses, cœur contracté, sang noir et coagulé, estomac comme tanné, faisant rougir le papier bleu, foie brun et endurci, intestins denses et injectés. Ces expériences n'ont pas besoin de commentaires; je ferai remarquer seulement, comme point de pratique, que certaines pharmacopées ont tort de prescrire dans la préparation de l'eau de goudron, de faire bouillir cette substance avec de la potasse ou de l'ammoniaque; on neutralise par là l'action du médicament. »

—

HOPITAL DES VÉNÉRIENS.

—

§ 1. — *Considérations sur le traitement local des ulcérations syphilitiques primitives, après la période inflammatoire sur le gland, la vulve, l'urètre, le col utérin, etc. Complications, formules diverses usitées dans le service de M. Cullerier.*

Lorsque, par les moyens exposés dans l'article précédent, on est parvenu à calmer la violence de l'inflammation, la continuation des applications émollientes et narcotiques suffit, dans un assez grand nombre de cas, pour amener une cicatrisation complète. M. Cullerier se borne donc, le plus ordinairement, à faire appliquer sur l'ulcère syphilitique du cérat opiacé, jusqu'à ce qu'il ne reste plus ni ulcération ni induration.

Cérat simple, une once;
Extr. d'opium, demi-gros à un gros.
Ou de la charpie trempée dans de l'eau de guimauve.

Quand les chancres ont ainsi disparu sous l'influence des topiques émolliens, les malades sont considérés comme guéris, et sortent sans avoir subi de traitement mercuriel.

Dans d'autres circonstances la surface de la plaie devient blafarde, se boursouffle, et le chancre ne fait plus aucun progrès vers la guérison; on change alors le topique et on fait usage de quelque léger stimulant. Ces diverses substances employées sont de deux espèces différentes : les unes sont mercurielles et les autres ne contiennent aucune partie de ce métal. Parmi ces dernières on a le plus habituellement recours aux préparations suivantes:

Solution de sulfate de zinc.

Eau pure, une once;
Sulfate de zinc, un à deux grains.

— de sulfate de cuivre.

Eau, une once;
Sulfate de cuivre, un demi-grain à un grain.

— d'acétate de plomb.

Eau, une once;
Acétate de plomb, quinze à dix-huit gouttes.

Eau créosotée.

Eau, une once;
Créosote, une goutte.

Des plumasseaux de charpie trempés dans ces liqueurs sont maintenus en contact avec les ulcères syphilitiques. On peut remplacer ces solutions par une pommade

faite avec l'axonge et ces diverses substances dans la proportion d'un à deux grains par gros.

Enfin, lorsque les chancres semblent tout-à-fait indolens, on les cautérise légèrement avec la pierre infernale, le nitrate acide de mercure, l'acide nitrique, la créosote, la solution concentrée d'iode.

Le plus grand nombre des malades reçus dans les salles de M. Cullerier sont traités de cette manière, et après un séjour de quelques semaines ils sortent sans aucun symptôme apparent; et si nous les revoyons, c'est qu'ils ont, pour la plupart, contracté une nouvelle affection syphilitique.

Mais il en est plusieurs chez lesquels on est forcé d'administrer le mercure, soit extérieurement, soit intérieurement. Quand en effet les topiques indiqués plus haut ne sont pas suffisans pour amener une prompte cicatrisation, on a recours à ceux de la seconde série, et on panse alors avec une solution étendue de sublimé:

Eau distillée, une once;
Sublimé, un quart de grain;
Laudanum, six à dix gouttes;
Ou extrait d'opium, un demi-grain à un grain.

On étend sur le chancre le calomel en poudre, la poudre de proto-iodure de mercure bien purifiée, l'onguent mercuriel pur ou mélangé dans des proportions graduées.

Le cérat est aussi d'un usage très-fréquent; il en est de même de la pommade suivante:

Pommade de proto-iodure.

Axonge, une once;
Proto-iodure, seize à vingt-quatre grains;
Ou bien de l'onguent basilicum ou cérat, une once;
Oxide rouge de mercure, huit à quinze grains.

Ces préparations mercurielles, ainsi appliquées sur les ulcères syphilitiques indolens, réussissent souvent à en déterminer la cicatrisation quand des pansemens simples avaient échoué; dans ce cas, comme dans le précédent, les malades ne prennent à l'intérieur qu'une tisane adoucissante.

Mais quelquefois on fait à l'intérieur des cuisses des frictions avec un demi-gros à un gros d'onguent mercuriel. Douze à quinze frictions sont presque toujours suffisantes pour stimuler l'économie et amener la guérison; enfin, dans quelques cas rares, on emploie le mercure à l'intérieur sous la forme suivante:

Eau distillée, une once;
Sublimé, un demi-grain;
Ou bien la même quantité de cyanure de mercure dans un pareil volume d'eau.

Quelques préparations mercurielles dont on ait fait usage, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, quand les chancres sont parfaitement cicatrisés, M. Cullerier en suspend l'emploi, et il considère les malades comme guéris de leur affection syphilitique; mais il faut que l'ulcère offre une cicatrice solide et sans induration. Le plus souvent, en effet, les ulcères syphilitiques reposent sur une partie indurée, et cette circonstance est même si fréquente que plusieurs auteurs en ont fait à tort un signe distinctif du chancre vénérien; or, pour que l'affection soit complétement dissipée, il ne suffit pas que la plaie soit fermée, il faut encore que la base indurée sur laquelle elle reposait soit complétement dissoute. Si l'on néglige cette précaution, les progrès de la maladie, excitée par le frottement résultant du coït ou de la marche, ne tardent pas à renouveler l'ulcère, et cette fois il est extrêmement difficile de donner à cette plaie les conditions favorables à la formation de la cicatrice.

Si les topiques indiqués plus haut ne peuvent en amener la fonte entière, il faut, avec des ciseaux, l'enlever comme si l'on avait affaire à une végétation. La petite plaie qui en résulte se cicatrise ensuite avec la plus grande facilité.

Nous appelons l'attention des praticiens sur ces indurations, qui sont des causes fréquentes de rechutes et d'une persistance opiniâtre des ulcères syphilitiques. Il y a quelques mois, on a admis un homme qui depuis long-temps prenait inutilement du mercure sous toutes les formes pour deux chancres opiniâtres, situés à la face interne du prépuce. M. Cullerier ayant reconnu que ces deux ulcères reposaient sur une base indurée, en fit la résection avec des ciseaux. Cet homme sortit au bout de quelques jours, les deux petites plaies s'étant cicatrisées aussitôt.

Dans d'autres circonstances, des malades, traités sans mercure, mais étant sortis avant la résolution complète de cette induration, sont rentrés au bout de quelques mois avec des symptômes secondaires.

Les ulcères syphilitiques primitifs réclament peu de différence dans le traitement, suivant les parties qu'ils occupent. Ceux-là seuls qui siégent sur le col utérin réclament l'usage du spéculum pour qu'on puisse faire les injections et les applications dont nous avons parlé; les autres, pouvant être touchés directement, n'offrent rien de particulier à considérer dans le mode de pansement. Mais ces chancres peuvent causer divers accidens, suivant qu'ils siégent au gland ou sur d'autres parties du corps. Ainsi, sur le gland et le prépuce, ils produisent très-fréquemment le phymosis et le paraphymosis, sur le frein, ils détruisent ordinairement une portion de ce repli membraneux : la section avec des ciseaux abrége la guérison, qui, sans cette précaution, serait souvent fort difficile à guérir.

Les chancres ont souvent leur siége à l'orifice du canal de l'urètre; c'est une complication fréquente de la blennorrhagie, et l'on ne saurait croire combien sont communes les erreurs de diagnostic à ce sujet. Dans les affections syphilitiques, en général, les médecins s'en rapportent trop à la déclaration des malades, et n'examinent pas les parties avec assez de soin.

Au n° 39, seconde salle, a été couché, dans le courant du mois de mai dernier, un homme qui se disait atteint de blennorrhagie depuis dix-huit mois. Plusieurs

médecins, affirmait-il, lui avaient fait prendre le copahu et le cubèbe sous toutes les formes; il avait fait des injections, avait placé des vésicatoires, etc.: enfin il avait eu recours à tous les moyens employés ordinairement pour supprimer les écoulemens chroniques. En pressant avec force sur la verge, il faisait en effet sortir une gouttelette de pus; mais en examinant avec soin, il fut aisé de reconnaître qu'on n'avait point affaire à une blennorrhagie. Le sommet du gland était induré, volumineux et sensible à la moindre pression. En écartant les parois de l'orifice de l'urètre, on distinguait un large chancre, d'où s'écoulait une sanie grisâtre et abondante. Des sangsues furent appliquées à deux reprises sur la partie tuméfiée; puis, lorsqu'à l'aide des émolliens et des antiphlogistiques, on eut dissipé complètement l'induration inflammatoire, on cautérisa fortement l'orifice de l'urètre avec la pierre infernale, et le malade sortit complètement débarrassé de sa prétendue blennorrhagie après six semaines de séjour à l'hôpital.

Trois ou quatre autres malades ont été admis dans les salles de M. Cullerier, après avoir ainsi vainement fait usage du copahu sous toutes les formes, pendant plusieurs mois. Bien qu'en pressant fortement la verge il parût à l'extrémité de l'urètre une gouttelette de pus; si on écartait avec soin les parois du canal, on apercevait également une petite ulcération qui, continuellement irritée par le passage de l'urine, ne se cicatrisait point.

Il est très-probable que les individus qui sont atteints de symptômes consécutifs de vérole, après avoir eu seulement de blennorrhagies, avaient offert ces chancres de l'urètre, qui auront échappé à l'attention du malade et à celle du médecin.

Les mêmes règles du traitement sont du reste applicables aux chancres de l'urètre et à ceux des autres parties du corps : une sangsue ou deux peuvent être appliquées dans leur centre, puis des injections et applications émollientes et résolutives en hâtent la cicatrisation. C'est surtout dans cette espèce de chancre que la cautérisation est employée alors avec succès.

Le chancre primitif de la peau, beaucoup plus rare qu'on ne le croit généralement, n'offre absolument rien de particulier dans son traitement. A l'anus, au nombril, dans les narines, dans la bouche, ce sont toujours les topiques de même nature qui doivent lui être opposés, sauf les précautions à prendre à raison des localités.

Quand ces ulcères siégent à la fourchette et à l'orifice de la vulve, ils s'opposent à l'introduction du spéculum ; mais en général ils sont peu graves chez la femme, moins inflammatoires et moins tenaces que chez l'homme, et bien plus rarement aussi suivis du bubon.

Enfin, le dernier point sur lequel nous les examinerons, est le col utérin. Bien que l'on rencontre à chaque instant, pour ainsi dire, des ulcérations sur cette partie, M. Cullerier ne peut encore se prononcer sur leur nature. Il n'est pas ordinaire de voir sur ce point des ulcérations, à bords taillés à pic et déchiquetés, à fond grisâtre, etc.; cependant presque toutes les femmes qui sont à l'hôpital des Vénériens présentent un état maladif du col, et il est infiniment probable que cette altération est de nature contagieuse, et communique des chancres et des blennorrhagies. Quoi qu'il en soit, les mêmes préceptes énoncés plus haut sont applicables dans ce cas; des sangsues dans le centre des ulcères s'ils sont très-enflammés, des bains, des demi-bains, des injections émollientes à l'aide du spéculum, et surtout des tampons de charpie trempés dans une liqueur de même nature et déposés sur l'ulcère; enfin, plus tard, les résolutifs dont nous avons parlé et surtout la cautérisation avec le nitrate d'argent ou le nitrate acide de mercure.

Sous l'influence de ces moyens, de col gonflé, douloureux, ulcéré, est ramené à son état naturel; mais il faut une grande persévérance et compter sur plusieurs mois de traitement.

Une femme, jeune, fraîche et portant tous les attributs de la santé, s'est présentée au commencement de l'année avec une vaginite et des pustules muqueuses. Elle fut mise à l'usage des émolliens, et les symptômes inflammatoires ne tardèrent pas à s'amender, au point de permettre l'introduction du spéculum. On ne fut pas alors médiocrement surpris de rencontrer un col énormément gonflé. La lèvre postérieure surtout avait triplé de volume; l'une et l'autre étaient parsemées d'ulcérations à fond grisâtre, d'où s'écoulait une sanie assez abondante; les bords cependant n'en étaient pas découpés à pic et ils n'offraient pas d'ailleurs tous les caractères du chancre du gland. Bien que la constitution de la malade n'annonçât en aucune manière une affection cancéreuse parvenue à ce point de désorganisation, les désordres étaient tels, qu'on aurait pu porter ce diagnostic et croire surtout que le col, ainsi sillonné par des ulcères et des fongosités, ne reviendrait plus à son état naturel. Néanmoins des sangsues furent appliquées à plusieurs reprises sur les ulcères, et pendant un mois on n'employa que les émolliens et les opiacés. Le col avait alors considérablement diminué de volume et n'offrait plus cet aspect fongueux qui avait fait croire à l'existence d'une affection cancéreuse. On remplaça les émolliens par les styptiques et de légers stimulans, puis on cautérisa légèrement un très-grand nombre de fois, soit avec le nitrate d'argent, soit avec le nitrate acide de mercure. Peu à peu les bourgeons charnus s'affaissèrent, la cicatrisation des ulcères s'opéra, et le col utérin revint tout-à-fait à son état normal. Cette femme sortit de l'hôpital entièrement guérie, trois mois et demi après son entrée.

Cette histoire est celle du plus grand nombre des femmes reçues dans les salles, bien que leurs affections offrent rarement une telle gravité. Il serait inutile de multiplier ces observations.

Existe-t-il des ulcérations syphilitiques primitives dans l'intérieur de la matrice? M. Cullerier pense que ce n'est point impossible, cependant il ne possède aucun fait propre à le démontrer. Il est évident que c'est par le moyen des injections seulement, faites à l'aide du spéculum, qu'on pourrait parvenir dans ces cas à en obtenir la cicatrisation.

L'effet le plus ordinaire et le plus fâcheux de l'ulcère

syphilitique primitif est le développement d'un ou plusieurs bubons dans son voisinage. Cette complication, en général, beaucoup plus grave que l'affection primitive, est, comme on sait, le résultat du transport du virus par les canaux absorbans. Nous sommes donc conduits naturellement à étudier ce symptôme syphilitique qui nous servira de transition à l'étude des accidens consécutifs. C'est ce que nous ferons dans les prochains articles; cependant, avant de terminer l'histoire des chancres syphilitiques, nous devons signaler une complication que M. Cullerier a remarquée plusieurs fois. Les femmes sont, comme nous le disions, rarement affectées de bubons; mais, chez elles, l'ulcère de la vulve semble déterminer quelquefois un autre symptôme assez grave, c'est l'inflammation de l'ovaire et de ses enveloppes. Plusieurs fois, en effet, nous avons vu des femmes affectées de chancres des parties génitales offrir dans la région de l'ovaire une douleur plus ou moins vive, augmentant par la pression, ou lorsqu'en touchant la femme, le doigt, appuyé sur la matrice, cherchait à déplacer cet organe. Nous avons recueilli trois observations d'*ovarites*, succédant ainsi au développement d'ulcères syphilitiques primitifs. Dans ces trois cas, les évacuations sanguines, employées avec énergie, ont toujours promptement arrêté la marche de l'inflammation.

§ 2. — *Observations d'ulcères syphilitiques primitifs du gland, violemment irrités par la cautérisation et les applications mercurielles. — Opération du phimosis, transformation des deux plaies en vastes ulcères. — Réflexions pratiques.*

Nous avons cherché dans les articles précédens à exposer la pratique de M. Cullerier dans le traitement des ulcères syphilitiques primitifs; nous ne pouvons mieux démontrer la sagesse de ces préceptes et le danger des méthodes contraires, qu'en publiant la lettre suivante que ce médecin a l'obligeance de nous communiquer, et que nous allons transcrire telle que le malade la lui a adressée.

« Me trouvant momentanément à..... et n'étant pas en état d'être transporté, je viens vous demander vos conseils sur le cours de ma maladie, et sur les remèdes jusqu'ici employés.

» J'avais au bout du prépuce intérieur deux chancres vénériens, presque contigus; aussitôt que je m'en aperçus, il y a environ trois semaines, je fis appeler un docteur qui me les brûla avec la pierre infernale. Cette opération détermina une telle inflammation, qu'il me fut impossible le lendemain de découvrir le gland, afin de me panser; ni les bains dans l'eau de guimauve, ni l'onguent napolitain, ni le calomel pur, en poudre, ne détruisirent ces deux chancres. C'est avec beaucoup de peine que je parvenais à faire des injections pour tenir cette partie propre; enfin, craignant que le virus, qui ne pouvait s'échapper de ces chancres, n'attaquât le gland, je demandai une consultation qui eut pour résultat de me faire une opération pour découvrir le gland. Alors on m'ouvrit le prépuce dans sa partie supérieure, dans une longueur d'un pouce environ; les deux portions de chair du prépuce tombèrent de chaque côté, le gland fut à découvert, il était intact, et au bas des deux lèvres les deux chancres primitifs furent vus dans toute leur largeur. Depuis ce temps, les deux plaies, résultant de cette opération, sont devenues deux chancres semblables aux autres et tendant à les rejoindre. (Suit ici le dessin des parties telles qu'elles sont aujourd'hui. Les deux nouveaux ulcères ont environ six fois l'étendue des deux premiers qui avaient engagé à faire l'opération.)

» On a fait les remèdes suivans: de l'onguent napolitain, étendu sur de la charpie; il m'a fait mal, attaqué les nerfs et mis dans un état d'agitation insupportable; des bains dans de l'eau mêlée d'extrait de saturne; du cérat étendu sur de la charpie; aucune boisson. J'ai bon appétit et suis, du reste, en bonne santé, mais je crains que les deux grands chancres qui tendent à augmenter chaque jour, ne rejoignent les petits; ils pourraient pousser leurs ravages plus loin, etc. »

Aucune observation ne pouvait nous offrir plus d'occasions de faire l'application des préceptes que nous avons émis. Ce malade, en effet, qui avait une affection légère, se trouve aujourd'hui atteint de symptômes syphilitiques fort graves, qui nécessiteront un traitement fort long, et cependant les médecins qui lui ont donné des soins sont instruits et jouissent, à juste titre, d'une réputation assez étendue; mais ils sont restés tout-à-fait étrangers aux progrès que la thérapeutique des affections syphilitiques a faits depuis quelques années.

Nous avons dit que M. Cullerier rejetait la cautérisation avec le nitrate d'argent, lors du début de l'ulcère syphilitique primitif, et que l'expérience lui avait démontré que souvent des accidens fort graves en étaient la suite; mais dans un autre article, nous avons démontré, d'après ce médecin, que l'opération du phimosis ne devait jamais être pratiquée que lorsqu'il y avait ou bien hémorrhagie, ou bien menace de gangrène, ou enfin gangrène déclarée. Dans ce même article, les inconvéniens de cette opération ont été énumérés soigneusement. Ils se trouvent reproduits dans l'observation qu'on vient de lire, et prouvent, d'une manière évidente, que dans tous les cas où l'on peut éviter de fendre le prépuce, il faut bien se garder d'avoir recours à cette opération; or, dans l'observation qu'on vient de lire, il n'existait aucune indication de la pratiquer, car le repos au lit, la saignée et les émolliens eussent promptement dissipé l'inflammation sans incision préalable. Cette inflammation persistait et devait persister, puisque sur deux plaies violemment irritées on étendait de l'onguent napolitain et de la poudre de calomel, prétendus spécifiques qui n'ont d'action avantageuse que lorsque les ulcères syphilitiques sont indolens. Par une contradiction singulière, tandis qu'on cherchait à calmer l'irritation avec des bains émolliens, on s'empressait de détruire les bons effets de ces applications, en faisant usage d'une pommade irritante qui devait stimuler la plaie. Une pareille conduite ne sera plus imitée, et par conséquent les accidens qui en résultent ne se présenteront plus, quand les praticiens seront bien convaincus de cette vérité, que dans la pé-

riode inflammatoire d'une affection syphilitique, il ne faut voir que le symptôme et le traiter par les antiphlogistiques, en négligeant entièrement la cause qui l'a produit.

La même faute a été commise après l'opération du phimosis, les médecins ayant continué l'application des pommades mercurielles qui leur avaient déjà si mal réussi. Ils n'ont pas été plus heureux cette seconde fois, puisque les nouveaux ulcères s'accroissant de jour en jour, et tendant à rejoindre les premiers, le malade a été forcé de recourir aux conseils de M. Cullerier.

Au reste, cet exemple, qui vient si à propos pour confirmer la justesse des principes que nous avons émis sur les ulcères syphilitiques primitifs, n'est que la répétition de ceux que nous observons journellement à l'hôpital des Vénériens. Les malades qui s'y présentent, soit pour réclamer des conseils, soit pour être admis dans les salles, sont si nombreux que les symptômes les plus variés de la vérole y sont promptement étudiés sous toutes les formes et dans toutes les circonstances. C'est donc appuyé sur une pratique immense, sur une expérience de trente années, que le médecin dont nous publions la clinique a établi sa méthode de traitement. Ce ne sont pas de vaines théories que nous avons exposées, et nos confrères peuvent y ajouter une entière confiance.

Nous ajouterons encore, pour terminer ce que nous avions à dire sur le chancre primitif, l'histoire de deux malades qui sont entrés ces jours derniers à l'hôpital.

Le 6 août on a couché au n° 20 de la seconde salle un jeune homme dont les traits portaient l'empreinte de la plus vive souffrance. Il a déclaré avoir depuis neuf jours une courbature et un dévoiement très-abondant; la fièvre était forte, et il offrait tous les symptômes d'une gastro-entérite aiguë. Ce malade, qui est tailleur de pierres, avait contracté, dix-huit jours avant son entrée à l'hôpital, des chancres sur le gland et la face interne du prépuce. Il assure avoir continué à travailler tant que ses forces le lui ont permis, et n'avoir rien tenté pour se guérir. Déjà la gangrène s'était emparée des parties, et le prépuce s'était détaché de la manière la plus complète, de sorte que le gland se trouvait entièrement à découvert, comme si ce repli membraneux n'avait jamais existé. Cependant sa face antérieure était légèrement échancrée, et le tiers de la verge environ offrait ainsi un vaste ulcère très-enflammé, très-douloureux, compliqué d'une inflammation viscérale assez grave.

Malgré ces conditions défavorables, les résultats du traitement ont été des plus avantageux. La gastro-entérite, attaquée par de fortes applications de sangsues, s'est amendées aussitôt, et les applications émollientes et opiacées, secondée du repos absolu et de la diète, ont suffi pour amener rapidement l'amélioration du pénis. Aujourd'hui, 18 août, le gland est presque entièrement cicatrisé; mais, comme avant l'entrée du malade il avait subi une déperdition de substance, il est légèrement excavé, et le pénis offre la forme d'un fuseau.

Le second fait que nous voulons citer est plus curieux encore, puisqu'on a vu à l'hôpital même les progrès de la maladie.

Au n° 21 de la même salle a été reçu, le 22 juillet, un homme qui, depuis quinze jours, avait des chancres et un paraphimosis. Une portion du gland était déjà tombée en gangrène; on eut beaucoup de peine à en obtenir la réduction. Quelques incisions furent faites au repli de la muqueuse préputiale, et l'on ne parvint à recouvrir le gland qu'après des efforts réitérés. Une saignée du bras fut aussitôt pratiquée. Le lendemain soir, il survint une hémorrhagie assez abondante qui s'arrêta d'elle-même et produisit du soulagement. Cet homme semblait dans un état satisfaisant, lorsque, le 6 août, l'escarre du gland s'étant détachée, il survint tout-à-coup une nouvelle hémorrhagie. Bien que le prépuce semblât n'exercer sur le gland qu'une légère constriction, il fallut en faire le débridement à sa partie supérieure. Le sang cessa aussitôt de couler; la verge fut maintenue dans un liquide émollient et tous les antiphlogistiques employés avec énergie. Les plaies presque cicatrisées ne tendent point à se transformer en chancre, et tout porte à croire que la difformité sera le seul inconvénient de cette incision devenue nécessaire par les deux causes déjà ailleurs indiquées : la gangrène et l'hémorrhagie.

LEÇONS CLINIQUES DE LA PITIÉ.

—

Considérations pratiques sur l'ongle entré dans les chairs.

L'ongle entré dans les chairs est une affection assez commune, et suivie souvent d'accidens dont la gravité mérite de fixer l'attention des praticiens. Long-temps on a cru que cette maladie, étant uniquement produite par des chaussures étroites, ne devait atteindre seulement que les habitans des villes. Mais l'observation prouve que les habitans des campagnes, et particulièrement ceux qui résident dans des pays montueux, y sont aussi très-fréquemment exposés. Cette disposition parait due, chez eux, à l'irrégularité du sol sur lequel les pieds posent dans la marche. L'ongle incarné s'observe plus particulièrement chez les femmes du monde que chez les hommes, à cause de la mauvaise habitude que contractent beaucoup d'entre elles de porter des chaussures qui compriment leurs pieds en tous sens. Mais si une chaussure étroite produit cette affection, une chaussure trop large peut aussi la faire naître, parce que alors le pied vacillant de droite à gauche, les orteils se heurtent les uns contre les autres et contre les parois du soulier, et ces frottemens réitérés, refoulant les parties charnues qui bordent l'ongle, constituent autour de lui un bourrelet dans lequel les ongles ne tardent point à pénétrer.

Une chaussure trop courte peut encore, en portant spécialement sur l'ongle du gros orteil, exercer sur lui une pression capable de déterminer son entrée dans les parties molles.

On a beaucoup agité la question de savoir comment on devait couper les ongles des orteils pour éviter leur entrée dans les chairs ; plusieurs chirurgiens conseillent de les tailler carrément, et regardent comme cause de leur introduction dans les tissus environnans, l'habitude qu'on a communément de les couper en rond, ainsi qu'on fait pour les doigts, M. Lisfranc ne donne la préférence à aucun de ces procédés, l'expérience lui ayant démontré que, dans l'un et l'autre cas, la maladie peut également se produire. Suivant cet habile praticien, la seule précaution à prendre est de tenir constamment les ongles des pieds assez longs pour les faire dépasser un peu les parties molles sur lesquelles ils reposent, et s'opposer ainsi à leur boursoufflement.

Quelques auteurs ont prétendu à tort que l'angle interne de l'ongle du gros orteil est presque toujours le seul qui pénètre dans la chair; mais l'observation a démontré que dans les pays montueux l'ongle incarné est tout aussi fréquent au côté externe qu'au côté interne de l'orteil.

La maladie qui constitue l'ongle incarné est susceptible de présenter de nombreuses variétés et un degré d'enfoncement plus ou moins considérable, que le chirurgien ne saurait trop s'appliquer à bien distinguer pour lui opposer un traitement convenable.

Lorsque les orteils ont été comprimés quelque temps par une chaussure étroite, l'ongle n'a souvent qu'une tendance à pénétrer dans les tissus. Il suffit alors d'appliquer quelques circulaires d'une bande d'un demi-pouce de large à la base de l'orteil malade, de manière à le tenir éloigné des autres et éviter tout frottement. Les chairs qui bordent les parties latérales de l'ongle n'étant plus refoulées, celui-ci prendra de l'accroissement et les recouvrira sans les intéresser.

Si l'ongle a déjà pénétré dans les tissus assez profondément pour les excorier, et s'il existe un commencement d'inflammation, on doit soulever avec précaution la portion d'ongle rentrant, sous laquelle on place de petites boulettes de charpie, un petit fragment de diachilon, ou mieux encore un morceau d'éponge préparée. On a soin, en même temps, d'user l'ongle à son centre pour l'aider à fléchir plus facilement sous les efforts de dilatation que produira l'éponge en s'humectant.

Au mois d'août 1832, entra à l'hôpital de la Pitié, service de M. Lisfranc, salle Saint-Augustin, n° 31, une jeune fille qui portait au gros orteil gauche un ongle incarné ; cette affection, qui était primitivement due à une chaussure trop étroite, avait rendu la marche fort douloureuse ; et bien que la malade se fût ensuite décidée à se chausser plus aisément, elle n'en éprouvait aucun soulagement. M. Lisfranc fit soulever la portion d'ongle rentrée à l'aide d'un fort stilet, et plaça sous cette portion un petit cylindre de diachilon gommé, de manière à permettre à l'ongle de se développer en passant sur les parties molles. Ce traitement, continué pendant trois semaines, et aidé du repos, amena la cure complète de la maladie. Recommandation fut faite à la jeune fille de ne point couper son ongle trop court, afin d'éviter de nouveaux accidens.

Lorsque la charpie, le diachilon gommé ou l'éponge préparée, sont insuffisans pour réprimer convenablement les chairs, on se sert avec avantage d'une petite lame de fer-blanc ou de plomb, longue d'un pouce et demi et large de trois ou quatre lignes, que l'on glisse entre l'ongle et la pulpe de l'orteil, préalablement couverte d'un plumasseau enduit de cérat. Cette plaque, recourbée, suivant sa longueur, vers la face inférieure de l'orteil, est ensuite maintenue à l'aide d'une bande.

Mais il peut arriver que ces procédés que nous venons d'indiquer deviennent impraticables, ou parce que l'ongle est trop court pour permettre de glisser sous lui un corps étranger, ou que le décollement qu'on serait obligé d'opérer produirait trop de douleur. Dans ce cas, M. Lisfranc conseille d'entourer l'orteil de quelques circulaires d'une bande roulée à deux lobes, qu'il dirige de la face dorsale vers la face plantaire, afin de déprimer les bourrelets charnus qui s'opposent à l'accroissement de l'ongle.

M. Faye, chirurgien de marine, emploie le procédé suivant: il pratique avec de forts ciseaux, sur le centre de l'ongle, si la maladie existe des deux côtés de l'orteil, ou très-près du point malade, s'il n'y a en qu'un seul, une déperdition de substance en forme de V, dont la base répond au bord libre de l'ongle, et le sommet aux parties avec lesquelles il adhère. Vers la partie moyenne de chacun des bords du V, et à demi-ligne de distance de ces bords, il perfore l'ongle et introduit dans les deux trous qu'il a pratiqués un fil métallique destiné, au moyen de la torsion de ses deux extrémités sur la face dorsale de l'ongle, à rapprocher les deux angles qui forment la base de la perte de substance. En attirant ainsi l'un vers l'autre les deux bords du V, on dégage la portion de l'ongle rentrée dans les chairs, et il devient alors facile de glisser sous cette portion de la charpie ou tout autre corps qui l'isole des parties sous-jacentes. Cet ingénieux procédé ne saurait cependant convenir dans tous les cas, attendu que l'espace de rappel qu'ont à parcourir les deux bords de l'angle qui constituent le V est souvent trop peu étendu pour extraire complètement la portion incarnée.

On a encore proposé, pour guérir la maladie qui nous occupe, d'agir directement sur les parties molles placées en dehors de l'ongle, et d'en faire l'ablation pour les mettre à son niveau. Cette méthode, qui remonte à Ambroise Paré, n'a pas obtenu dans les premiers temps tous les avantages qu'on pouvait attendre, parce qu'elle n'avait été soumise à aucune règle. Depuis 1810, M. Lisfranc et M. Brachet, de Lyon, l'ont employée avec le plus grand succès. Beaucoup moins douloureuse que l'avulsion de l'ongle, elle expose moins à la récidive de la maladie. Le procédé opératoire est le suivant: le pied du malade étant assujetti par un aide sur les genoux du chirurgien, celui-ci saisit de la main gauche le bout de l'orteil, et tenant de la main droite, comme une plume

à écrire, un bistouri droit, dont le tranchant regarde le métatarse, il le plonge verticalement en rasant le bord de l'ongle, de manière à comprendre toute l'épaisseur des parties excédant son niveau ; ensuite il dirige le bistouri en arrière et en dehors, et constitue un lambeau postérieur, puis il saisit avec des pinces ce lambeau, et tournant en avant le tranchant du bistouri, il le promène d'arrière en avant jusqu'à l'extrémité de l'orteil pour achever la section des parties exubérantes.

Au n° 9 de la salle Saint-Louis de la Pitié était couché un jeune homme de vingt-six ans, qui portait au gros orteil du pied droit un ongle incarné, résultant d'une longue route faite à pied avec d'étroites chaussures. Les deux angles de l'ongle pénétraient dans l'orteil à la profondeur de plus d'une ligne. Chaque fois que le malade appuyait le pied sur le sol, il était contraint de s'arrêter, tant la douleur devenait vive. M. Lisfranc pratiqua de chaque côté de l'orteil une incision qui s'étendait en arrière à deux lignes de l'endroit où la peau cesse de recouvrir l'ongle, et se prolongeait jusqu'à l'extrémité de l'orteil. Tous les tissus qui dépassaient le niveau de l'ongle furent enlevés, et il en résulta deux plaies simples qui donnèrent issue à une très-petite quantité de sang. Le troisième jour de l'opération, des bourgeons charnus ayant commencé à surgir, on les cautérisa avec le nitrate d'argent, et on pansa la plaie avec le chlorure d'oxide de sodium à trois degrés. Une exsudation plastique couvrit bientôt la surface des deux plaies, qui parvinrent en très-peu de temps à parfaite cicatrisation. Au bout de quinze jours, le malade sortit complètement guéri.

Plusieurs chirurgiens préfèrent aux divers procédés que nous venons d'exposer, l'avulsion de l'ongle, comme offrant des chances de guérison plus certaines. Suivant M. Lisfranc, cette méthode barbare en elle-même, à cause des douleurs atroces qu'elle cause aux malades, doit être réservée pour certains cas rares. Tel est celui où l'ongle, offrant une forme cylindrique, tend à se rouler sur lui-même et pénètre très-profondément dans les tissus. On doit encore recourir à cette opération, lorsque l'ongle est ramolli, dégénéré, ou qu'il existe entre lui et l'orteil des végétations ou de la suppuration.

Le procédé le plus généralement employé pour la pratiquer, consiste à faire pénétrer à plat entre l'orteil et l'ongle jusqu'à sa racine une des branches de ciseaux droits, forts et bien affilés. On relève ensuite vivement cet instrument, et on divise d'un seul coup l'ongle dans toute sa longueur. On saisit ensuite avec de fortes pinces chaque moitié de l'ongle par son bord libre, et on les arrache successivement en les renversant d'avant en arrière jusqu'à la racine et les déjetant à droite et à gauche.

M. Lisfranc préfère opérer de la manière suivante. Il place le tranchant d'un bistouri droit tenu à pleine main, sur la face dorsale de la phalange, à une ligne ou deux au-dessus de l'endroit où la peau cesse de couvrir l'ongle, puis, coupant en dédolant d'arrière en avant, il enlève à la fois l'ongle et les parties molles jusqu'à l'os. Au pouce et au gros orteil, cette opération doit être pratiquée en deux temps, à cause de la largeur de l'ongle, qui ne pourrait être compris en entier sous le tranchant du bistouri. La plaie qui résulte de cette section doit être ensuite pansée ainsi que nous l'avons indiqué plus haut.

GAZETTE MÉDICALE

DE PARIS.

OCTOBRE 1834.

N° DU 4.

PATHOLOGIE EXTERNE.

—

Note sur la dermite contusiforme; maladie non encore décrite; par M. DUPARCQUE, D.-M. P.

Il n'est fait mention nulle part de cette maladie. On n'en trouve pas d'indices même parmi les diverses maladies cutanées composant la nombreuse famille des dermatoses du professeur Alibert. Et cependant, si j'en juge d'après l'assez grand nombre de fois qu'elle s'est présentée à mon observation, elle ne doit pas être bien rare.

Elle offre des caractères tellement distincts et remarquables, que je m'étonne qu'elle ait pu échapper à l'attention des observateurs, et surtout de ceux qui se sont spécialement livrés à l'étude des maladies de la peau. On ne saurait arguer, pour excuse du silence que l'on a gardé à son sujet, qu'elle ne constitue qu'une maladie en général peu grave, et que son traitement n'impose aucune indication spéciale. Combien n'est-il pas de maladies cutanées bien moins importantes encore sous les rapports nosologique et thérapeutique, qui n'en tiennent pas moins un rang dans l'histoire des dermatoses? Ne serait-ce que pour compléter le tableau de cette famille pathologique, la description de la dermite contusiforme ne serait pas tout-à-fait sans importance.

Je donne à cette maladie le nom de dermite, parce qu'elle a son siége dans le derme même, et qu'elle consiste essentiellement en une phlegmasie. J'ajoute l'épithète de contusiforme, que lui mérite la ressemblance qu'elle présente ordinairement avec les bosses ecchymosées résultant de contusions.

1° Elle se manifeste par un engorgement de toute l'épaisseur de la peau, formant élévation quelquefois ovalaire, le plus souvent arrondie, pouvant progressivement acquérir le volume d'un pois à celui de la moitié d'une aveline, d'une noix, d'un œuf de poule.

2° Sa couleur d'abord nulle, puis rosée, passe successivement par les teintes rouge vif, rouge foncé, pourpre, violet, puis en décroissant bleu, vert et enfin jaune; présentant ainsi dans ses mutations protéiques, une analogie remarquable avec les teintes que produisent les ecchymoses ou pélioses contuses. Voici, selon moi, comment sont produites ces diverses colorations: le gonflement ayant son siége dans le tissu propre du derme, le lacis vasculaire superficiel se trouve comprimé entre cette membrane et l'épiderme, qui paraît alors tendu et luisant. Le sang qu'y a fait abonder le mouvement congestif ou phlegmasique, s'extravase dans le corps muqueux à l'époque du plus grand développement de l'inflammation, et vient ainsi altérer la couleur rouge vif de celle-ci, et la rendre purpurine foncée. A mesure que l'inflammation disparaît avec sa couleur inhérente, la couleur du sang extravasé domine seule, et par sa résorption progressive produit, comme dans les extravasations cutanées par contusion, les couleurs décroissantes bleue, verte et jaune.

Toutes les bosselures ne présentent pas ces successions de teintes. Elles ne s'observent que dans les plus saillantes, ou dans celles qui, moins volumineuses, occupent des régions où la peau est moins extensible; circonstances qui viennent appuyer notre explication.

3° Ces engorgemens phlegmasiques s'accompagnent de chaleur, de douleurs plus ou moins térébrantes, et surtout d'un sentiment exagéré de gonflement et de tension.

4° Ils sont toujours multiples et affectent exclusivement les membres, principalement les inférieurs, ne s'étendant alors que rarement au-delà des jambes, jusqu'au coude-pied d'une part, au genou et à la partie inférieure de la cuisse, d'autre part. Sur trente-neuf cas de dermite contusiforme que j'ai observés, je ne l'ai vue qu'une fois s'étendre simultanément aux jambes et aux extrémités supérieures, et, chose remarquable, dans ce cas, elle resta bornée aux avant-bras.

5° Quelques-unes de ces bosselures se montrent d'abord disséminées, d'autres se développent bientôt dans leurs intervalles: en augmentant de volume plusieurs se réunissent; alors aussi tout le membre affecté se gonfle, et présente par sa déformation bosselée un aspect qui rappelle l'idée de l'éléphantiasis au premier degré.

6° La marche de la dermite contusiforme est lente. Elle ne parvient à son apogée que du quinzième au vingtième jour. Alors aux signes inflammatoires qui décroissent succèdent ceux de la péliose contuse. La résolution n'est complète que vers le quarantième jour, et il ne reste aucune trace du passage de cette affection, si ce n'est cependant aux points correspondans au sommet ou centre des engorgemens les plus volumineux; là l'é-

piderme se fendille et s'exfolie, et quelquefois il s'y forme une tache comme hépatique qui, à la longue, se détache par parcelles ou tout d'une pièce.

7° Je n'ai vu qu'une seule fois une des bosselures se terminer par suppuration. Le centre se ramollit, s'abcéda, et l'ouverture qui se fit spontanément vers le vingt-septième jour, donna issue à un mélange de pus et de sang noir caillebotté; mais la malade avait beaucoup fatigué: la tumeur abcédée située à la partie inférieure et antérieure de la jambe avait été comprimée par les plis d'un bas étroit, d'autant plus que la marche avait occasioné l'augmentation de l'enflure de cette région. Il est donc probable que cette terminaison par suppuration arrivée à une seule des bosselures dont les jambes étaient remplies, n'a été qu'accidentelle, et qu'elle est entièrement indépendante du genre d'altération qui constitue la dermite contusiforme.

8° Les symptômes généraux sont subordonnés à l'étendue de l'affection et à son intensité. Ils sont ordinairement nuls dans les premiers jours, ne se développent que quand l'inflammation approche de son apogée, et disparaissent avec elle bien long-temps avant la solution complète. Ils consistent en courbature, perte d'appétit et autres symptômes composant l'embarras gastrique, en fièvre inflammatoire plus ou moins intense.

9° Sur les trente-neuf cas de dermite contusiforme que j'ai observés dans l'espace d'une vingtaine d'années, trente-sept se sont montrés chez des enfans de huit à douze ans, et presque généralement chez des filles. Ainsi sur ce nombre, je ne l'ai vu que deux fois sur des garçons. Je l'ai observée une fois sur un jeune homme de dix-sept ans; et une dernière fois chez un homme de quarante-cinq ans. C'est chez ce dernier sujet seulement que la maladie a atteint simultanément les jambes et les avant-bras; tous les autres n'ont présenté l'affection qu'aux jambes.

10° Malgré toute l'attention que j'y ai apportée, je n'ai pu reconnaître de causes déterminantes spéciales de ce genre d'affection: elle s'est montrée dans toutes les saisons. Néanmoins elle m'a paru sévir principalement aux époques où règnent d'ordinaire épidémiquement les éruptions. Aussi est-ce pendant le printemps dernier, alors que régnèrent les fièvres éruptives de toutes les formes, que je l'ai rencontrée un plus grand nombre de fois. C'est alors aussi que, pour la première fois, je l'ai vue sur deux garçons, un jeune homme et un adulte, ce qui est venu détruire l'opinion que j'avais dû concevoir jusque-là, que la dermite contusiforme était propre aux filles adolescentes.

Elle a également affecté des individus placés au milieu de conditions hygiéniques différentes et même entièrement opposées; ainsi, dans la classe aisée, bien nourrie, bien vêtue, sainement logée, comme chez des enfans d'indigens, mal nourris et misérablement vêtus, ou sur des enfans de portiers, malsainement logés.

Je résume les caractères nosologiques de la dermite contusiforme: engorgemens ou tumeurs multiples, demi-sphériques ou ovalaires de la peau, affectant ordinairement les jambes seules, s'étendant rarement aux avant-bras; affectant l'adolescence principalement, et plus les filles que les garçons; ayant une durée de 40 jours; présentant pendant les quinze à vingt premiers les signes locaux d'une phlegmasie, et ensuite ceux de l'ecchymose par contusion; se terminant par résolution.

Toutes ces conditions sous lesquelles se présente la dermite contusiforme sont tellement caractéristiques, qu'il est impossible de confondre cette affection avec d'autres qui ne présentent d'analogie avec elle que par quelques signes seulement, et qui en diffèrent par beaucoup d'autres bien tranchés. Ainsi les élevures ortiées apparaissent indistinctement sur toutes les parties du corps: leur forme inégale, leur couleur, le prurit dont elles s'accompagnent leur marche irrégulière, leur fugacité et leur mobilité, empêcheront de confondre ce genre d'éruption avec la maladie toute particulière qui nous occupe.

J'ai quelquefois pris cette affection pour une périostose, d'autant plus facilement qu'elle débute ordinairement par la partie inférieure et antérieure de la joue. Mais cette méprise ne peut se commettre que quand la maladie est à son début, et lorsque les engorgemens commencent par la portion de peau qui recouvre le tibia. Bientôt le développement de tuméfactions semblables dans les autres portions cutanées de la jambe recouvrant des parties charnues, comme aux mollets, dissipe le doute.

La multiplicité de ces enflures et leur extension à toute l'étendue des deux jambes, empêchent de les prendre pour le résultat de contusions, dont elles offrent d'ailleurs tous les signes. Il m'a semblé que l'inflammation qui forme l'essence de cette maladie, devait avoir principalement, et peut-être exclusivement, son siége dans la trame fibreuse ou tissu propre du derme, et j'ai fondé cette opinion sur la lenteur de sa marche, sa durée quarantenaire, caractères que présentent ordinairement les phlegmasies fibreuses: on peut ajouter la rareté de la terminaison par suppuration. Quand, au contraire, l'inflammation frappe le tissu cellulaire qui traverse et remplit les mailles du chorion, la suppuration est pour ainsi dire inévitable, et se manifeste sous forme d'abcès cutanés, de furoncles, etc.

Le traitement de la dermite contusiforme est très-simple, ses indications faciles à saisir. Il consiste dans l'emploi des évacuans, quand il existe quelques symptômes prononcés d'embarras gastro-intestinal, et plus spécialement dans l'usage des antiphlogistiques pour prévenir et combattre l'intensité de l'inflammation locale, et la violence de la réaction fébrile. Ainsi un émétique ou un éméto-cathartique au début, plus tard la saignée générale, les bains tièdes, les applications émollientes, le repos dans une position horizontale, sont forcément indiqués par l'augmentation de l'enflure générale des jambes et l'exaspération des douleurs, que produit la station droite et surtout la marche.

—

THÉRAPEUTIQUE.

—

Mémoire sur l'emploi de l'acétate de morphine par la méthode endermique, dans le traitement des névralgies connues sous le nom de migraine, hémicranie, etc.; par M. MAGISTEL, D.-M. P.

On donnait autrefois le nom de migraine, *hemicrania*, aux douleurs de tête, sans affecter un siége spécial à cette maladie. Chaussier la considéra comme une névralgie, et cette opinion a prévalu. M. Piorry (*Journal univ. de médecine*, *t.* 2) regarde la migraine comme une névrose de l'iris. Les yeux, en effet, sont très-souvent le siége primitif de douleurs qui irradient ensuite vers les rameaux nerveux les plus voisins, et gagnent quelquefois des organes éloignés. M. Deschamps (*Traité des maladies des fosses nasales*, 1804) pense que les sinus frontaux sont le siége de cette affection. Tissot en voyait la cause essentielle dans les lésions de l'estomac. Affecté moi-même de la migraine pendant plusieurs années, j'ai remarqué qu'elle débutait souvent par un point plus ou moins éloigné de l'œil. Néanmoins de nombreuses observations peuvent la faire regarder comme une névralgie temporo-oculaire. Elle prend communément son point de départ dans les épanouissemens nerveux, dans les fibrilles nerveuses, et gagne ensuite les troncs nerveux; de même qu'une névralgie sciatique débute quelquefois par une douleur à la jambe, et gagne plus tard de bas en haut le tronc du nerf sciatique; ainsi une douleur qui part de l'iris ou des nerfs temporaux peut gagner successivement les troncs des nerfs trijumeaux, du facial, et sympathiquement le nerf pneumo-gastrique. D'un autre côté, une affection gastralgique, une irritation des fosses nasales, des sinus frontaux, la carie d'une dent, etc., peuvent donner lieu à la migraine.

L'invasion de cette maladie est ordinairement rapide: elle peut débuter par du froid aux pieds, une sensation désagréable dans les fosses nasales, une douleur lancinante vers l'une des régions sus-orbitaires. La vue est moins nette; il survient des éblouissemens; l'œil malade croit apercevoir un cercle lumineux agité d'une oscillation continue. Bientôt le malade éprouve une douleur gravative qui se porte d'une tempe à l'autre et se fait sentir surtout vers les sinus frontaux; s'il se baisse, il éprouve de fortes pulsations dans les artères temporales; le moindre bruit, la plus faible lumière augmentent sa douleur; enfin il lui semble qu'on lui donne des coups de marteau sur l'œil malade, et que sa tête va se fendre. La compression du nerf frontal à sa sortie du trou sus-orbitaire donne un soulagement momentané. En général elle n'affecte qu'un côté de la tête; d'où lui vient même son nom *d'hémicranie;* et j'ai remarqué que le côté droit est plus souvent pris que le gauche. Mais il y a des cas nombreux où elle attaque les deux côtés à la fois.

Les causes les plus communes de la migraine sont la suppression de la transpiration de la tête ou des pieds, les travaux assidus de cabinet, les veilles prolongées, une lecture fatigante, l'habitude de fixer de petits objets, une lumière très-vive, l'abstinence d'alimens, les écarts de régime, etc.

On pourrait quelquefois confondre cette affection, malgré ses caractères bien tranchés, avec une autre névralgie ou avec une céphalalgie intense; mais les méprises doivent être rares; car les personnes qui ont la migraine même symptomatique, rendent assez bien compte de leur état pour qu'on puisse la reconnaître.

En général cette maladie n'est pas grave; mais, devenue habituelle, elle peut affecter l'intelligence et avoir tôt ou tard des suites fâcheuses. L'accès dure ordinairement de douze à vingt-quatre heures; souvent deux ou trois jours. Elle peut être périodique, ou revenir à intervalles plus ou moins éloignés; et souvent alors la même cause la ramène. Je l'ai vue chez plusieurs enfans de onze à douze ans, et sur des vieillards octogénaires; mais elle atteint surtout les personnes de 25 à 40 ans. Les femmes y sont plus sujettes que les hommes. On peut s'endormir avec la migraine et la retrouver à son réveil.

On croit généralement que l'hémicranie est incurable, et nous rencontrons une foule de personnes qui sont victimes de ce préjugé. Certes, une migraine qui revient tous les mois et ne dure que quelques heures, n'exige aucun traitement; mais lorsque les accès en sont fréquens et longs, ils constituent un véritable supplice dont on ne saurait trop tôt se débarrasser.

Le traitement de cette affection a singulièrement varié; et le choix des moyens est demeuré d'autant plus obscur que l'on a pu prendre fréquemment pour des succès de l'art une amélioration toute spontanée de la maladie. Souvent la moindre distraction, l'ingestion de quelque aliment, de quelque boisson dans l'estomac, l'absence de lumière, la position horizontale, l'action de fermer les yeux quelques instans, un léger sommeil, la sensation d'un corps froid sur les tempes, etc., suffisent pour faire disparaître les premiers symptômes de la migraine. Dirai-je que Galien, pour guérir cette affection, faisait enduire les narines de suc de lierre, d'huile et de vinaigre? qu'Avicenne faisait appliquer sur les tempes un mélange d'opium, d'absinthe et de concombre sauvage? que l'on a employé l'ail, le tabac, la teinture de coccinelle, l'huile de cajeput, la liqueur anodine d'Hoffmann? L'ustion, les cautères, les vésicatoires ont quelquefois guéri, souvent irrité davantage. L'artériotomie temporale a eu plus de succès: Mariébatus et A. Paré l'ont recommandée. Les évacuations sanguines, utiles dans les cas de pléthore, n'ont autrement aucun bon résultat. Les vomitifs et les purgatifs ont été employés par un grand nombre de médecins. Le quinquina associé à l'opium, le café, la cascarille, et presque tous les aromates, le trèfle d'eau et la magnésie, les bains, les fumigations de toute espèce, l'électricité, l'acupuncture, le magnétisme, ont été tour à tour préconisés. On a fait respirer un mélange d'ammoniaque, de camphre et d'alcool, de l'acide hydro-cyanique médicinal. Dans ce fatras de remèdes qui semblent la plupart conseillés au hasard, on trouve à peine quelques indications précises. Nul doute que la pléthore ou les embarras gastro-

intestinaux, qui compliquent quelquefois la migraine, n'aient besoin d'être combattus; et il paraît qu'on a vu en effet une de ces affections enlevée entraîner la disparition de l'autre. Mais, il faut bien l'avouer, les succès ainsi obtenus sont fort rares dans la pratique; la plupart des malades que j'ai eu à traiter avaient été saignés, émétisés et purgés sans aucun résultat. Le plus souvent donc, la migraine a une existence indépendante, et pour la combattre avec succès, c'était à la nature propre de la maladie qu'il fallait s'attaquer. Ce n'est donc que depuis que Chaussier a ramené la migraine dans la classe des névralgies que l'on a pu diriger rationnellement contre elle les moyens qui réussissent le mieux dans ces sortes d'affections. Les topiques narcotiques méritaient certainement de fixer d'abord l'attention. Au reste, ce mode de traitement avait déjà été essayé parmi tous les autres. Portal avait conseillé d'appliquer des topiques opiacés sur les tempes. M. Piorry dit avoir souvent guéri la migraine par des frictions avec l'extrait de belladone. Je dois dire cependant que j'ai nombre de fois essayé ce moyen sans avoir autant à m'en louer. Je suis parvenu, rarement encore, à calmer les douleurs, jamais à les enlever complétement. Il fallait donc recourir à une méthode plus énergique et en même temps plus efficace.

Après le travail de M. Lembert sur la méthode endermique, on essaya l'action des médicamens les plus actifs sur le derme dénudé. M. Piorry et M. Trousseau appliquèrent cette méthode à toutes les névralgies (voyez *Gazette médicale. — Journal universel*), ils enlevaient l'épiderme avec l'ammoniaque liquide. J'ai eu recours à la pommade ammoniacale, qui m'a paru d'un emploi plus facile et moins douloureux; et j'applique ensuite sur le derme dénudé de l'acétate de morphine. Chez les personnes irritables, la dose de l'acétate doit être très-faible d'abord; il vaut mieux ne commencer que par un quart ou un tiers de grain. Rarement j'en emploie plus d'un grain à la fois. L'hydrochlorate de morphine ne m'a pas paru avoir une action aussi prompte et aussi sûre que l'acétate.

Les mouvemens convulsifs, les crampes, les vomissemens, les douleurs épigastriques, qui peuvent résulter de l'emploi des sels narcotiques, ne sont que momentanés, et n'ont lieu que fort rarement lorsqu'on ne dépasse pas la dose que j'indique. L'assoupissement et un léger trouble dans la vue ne se continuent guère que quelques heures après le sommeil.

J'ai déjà eu occasion d'employer ce mode de traitement sur près de cinquante malades; pour les migraines les plus opiniâtres, une seule application suffit pour dissiper l'accès; et cinq ou six applications au plus, à mesure que les accès se renouvellent, ont pour effet constant de dissiper la névralgie sans retour. Le plus ordinairement aucun accident ne suit ce remède; et j'aurais pu multiplier les observations de ces cas simples et heureux; mais il m'a paru plus utile de donner un résumé des faits où le résultat a été un peu plus compliqué; on verra par là ce qu'on peut espérer et le peu qu'on a à craindre de cette méthode.

Obs. I. Madame B..., âgée de 35 ans, était sujette depuis plus de dix ans à de violens accès d'une migraine qui, sans cause connue, la tourmentait deux ou trois fois par mois. La douleur affectait ordinairement le côté droit, et débutait tantôt par la région temporale, tantôt par la région sus-orbitaire; et souvent elle n'était débarrassée de son accès qu'au bout de deux ou trois jours. Elle me fait appeler le 10 août 1833, dans un instant où elle éprouve des douleurs intolérables. J'applique sur la tempe droite, un emplâtre de pommade ammoniacale large comme une pièce de dix sous. Au bout de quelques minutes, de légères frictions à l'aide d'un linge enlèvent l'épiderme. Je saupoudre la petite plaie avec un demi-grain d'acétate de morphine et la recouvre d'un morceau de taffetas d'Angleterre. La malade se couche et éprouve du soulagement peu d'instans après l'application narcotique. Le lendemain madame B... est assoupie; elle a peu dormi et a encore une douleur sourde, et quelque trouble dans la vue. Elle a vomi deux fois après mon départ. Dans la journée, la douleur disparaît entièrement.

Le 1er septembre, nouvel accès d'hémicranie. Je vois la malade dès le début, et j'applique sur le derme dénudé de la tempe droite, trois quarts de grain d'acétate de morphine. Madame B... s'endort bientôt; après un sommeil de six heures, il reste dans la vision un léger trouble qui s'est dissipé promptement. Depuis cette époque, la névralgie n'a pas reparu.

Obs. II.—Madame Vincent, rue Sainte-Hyacinthe-saint-Honoré, n°. 5, âgée de 25 ans, d'une constitution lymphatique, souffre depuis huit jours d'une névralgie temporo-oculaire. Il lui semble que son œil droit est violemment comprimé et qu'on lui ouvre la tête. Toutes les dents lui font mal et elle en a fait arracher une qui était cariée, sans obtenir aucun soulagement. Plusieurs nuits se sont passées sans sommeil. Appelé vers midi, le 16 mars 1834, je mets à nu une portion du derme de la tempe droite et j'applique un demi-grain d'acétate de morphine. Je la revois le lendemain: elle a dormi pendant toute la nuit et a transpiré abondamment. Elle ne m'a plus parlé de sa migraine depuis cette époque.

Obs. III. — Le 10 juin 1833, M. S..., employé au ministère des finances, me fait demander. Il est atteint d'un violent mal de tête auquel il est sujet, et qui débute par une douleur dans l'œil gauche, surtout après une lecture un peu longue. Le pouls est fréquent, le visage est rouge, les artères temporales battent avec force; le malade est obligé de tenir ses yeux fermés; il lui semble que le gauche va s'échapper de son orbite. Une petite plaie, faite à la tempe gauche avec la pommade du docteur Gondret, est saupoudrée d'un grain d'acétate de morphine.

M. S... d'une constitution très-irritable, est bientôt atteint de crampes d'estomac. Après quelques vomissemens, son corps se couvre d'une sueur froide. Sa femme le croit saisi par le choléra et m'envoie chercher vers minuit, deux heures après l'application du narcotique. A mon arrivée, le malade était mieux et n'avait plus qu'une envie irrésistible de dormir. A son réveil, l'hémicranie avait disparu. En juillet, elle est revenue deux

fois ; je l'ai combattue de la même manière, mais en n'employant chaque fois que deux tiers de grain du sel narcotique. Depuis ce temps-là, M. S... n'en a plus été affecté.

Obs. IV. — Madame T..., âgée de 37 ans, d'une constitution bilieuse, a de fréquentes hémicranies dont les accès durent souvent quarante-huit heures sans que rien puisse les calmer. J'avais été appelé à lui donner des soins pour une pleurésie, et lui avais dit que la migraine pourrait être enlevée par des emplâtres stupéfians.

Le 20 juillet 1833, au soir, elle me fait prier d'aller la voir : elle souffrait depuis une quinzaine d'heures. La névralgie avait débuté par la région temporale droite, avait gagné l'œil et envahi bientôt toute la tête. J'appliquai sur le derme dénudé de la tempe droite deux tiers de grain d'acétate de morphine. Au bout de dix minutes, la malade était soulagée. Huit jours après, nouvel accès de la névralgie, nouvelle application d'acétate.

Le 15 août, madame T... fut prise d'un zôna qui la fit beaucoup souffrir et demanda un traitement assez long. La névralgie temporo-orbitaire n'a pas reparu.

On vient de voir dans les observations précédentes la manière simple et facile dont je me sers pour dénuder le derme. Le plus souvent j'applique cette sorte de vésicatoire à la tempe du côté le plus affecté. La petite plaie est fermée en deux ou trois jours et ne laisse aucune trace après elle : chose importante pour les personnes du sexe. Je prescris aux malades de se coucher immédiatement après ; l'inobservation de ce précepte entraîne quelquefois des inconvéniens fâcheux, quoique de peu de durée et de facile guérison.

Obs. V. — Mademoiselle Mad..., fille de cuisine, âgée d'environ 40 ans, a deux ou trois fois par mois de violens accès de migraine qui durent souvent trois et quatre jours. Lorsque ces accès viennent, elle a l'habitude de se coucher. Souffrant un jour horriblement, elle m'envoie chercher, et je lui mets sur la tempe gauche trois quarts de grain d'acétate de morphine. Il était midi environ ; malgré l'application de l'acétate, elle travaille tout le jour, luttant contre le sommeil. Dans la nuit, elle fut prise de délire et fut malade pendant plusieurs jours. Cet accident n'était dû qu'à son imprudence. Maintenant, elle a tellement peur du moyen que nous avons employé que j'y ai renoncé.

Quoique la petite plaie, comme je l'ai dit, ne laisse aucune trace, cependant quelques personnes du sexe se refusent absolument à laisser poser un vésicatoire sur la peau de la face. Dans le cas suivant, j'ai été obligé de le mettre entre les cheveux qui heureusement n'étaient pas fournis. L'effet curatif est le même ; les cheveux n'en sont nullement attaqués ; et la cicatrice n'est guère plus longue à se faire.

Obs. VI. — Madame De..., âgée de 28 ans, d'une constitution nerveuse sanguine, a de fréquentes migraines, surtout à l'approche de ses règles. Leur siége habituel est la région temporo-oculaire droite. Elle a fait l'essai sans bon résultat de divers moyens qu'on lui a vantés. En vain a-t-elle appliqué sur son front un bandeau électrique, dont plusieurs de ses amies se sont parfaitement trouvées ; elle craint la tache que l'emploi de la pommade ammoniacale laissera sur la peau. Le 1er février 1833, je lui fais mettre sur la tempe un emplâtre d'extrait de belladone large comme une pièce de vingt sous, saupoudré de trois grains d'acétate de morphine. Malgré cette dose considérable, la malade n'est que peu soulagée : elle se décide enfin à se faire mettre entre les cheveux, du côté malade, un emplâtre de pommade ammoniacale. L'épiderme est enlevé, et je saupoudre la plaie avec un tiers de grain d'acétate de morphine. La douleur a cessé au bout de dix minutes ; puis est venu le sommeil. Deux mois après, nous avons été obligés de recourir au même moyen. La névralgie ne s'est pas renouvelée depuis.

Je finirai ce choix d'observations par un cas de migraine le plus grave que j'aie eu occasion d'observer, et qui cependant n'a pas plus résisté que les autres à la méthode que je propose.

Obs. VII. — M. Thomas, jardinier à Nanterre, âgé de 50 ans, d'une forte constitution, fut pris en 1831, après avoir eu froid, d'une névralgie qui occupait la partie supérieure de la tête, l'oreille droite et la région maxillaire du même côté. Cet homme éprouvait tout à coup au sommet de la tête une douleur atroce ; les rides du front s'élevaient et s'abaissaient tour à tour malgré lui ; les cheveux suivaient ce mouvement donné au cuir chevelu jusqu'à la partie postérieure de la tête. La douleur gagnait l'oreille droite et venait ensuite se perdre dans la région temporo-oculaire du même côté. Les accès se répétaient jusqu'à dix fois par jour et duraient huit à dix minutes. Le malade ne pouvait rien supporter sur sa tête, ne prenait de sommeil que lorsqu'il était épuisé de fatigue ; ses facultés intellectuelles commençaient à s'affaiblir. On avait essayé inutilement une foule de moyens thérapeutiques, entre autres les frictions avec la pommade de belladone, les vésicatoires volans, l'acupuncture, etc. Le malade vint me trouver au mois de septembre 1832. J'eus recours de nouveau à l'extrait de belladone qui échoua.

Le 12 septembre, je mis un petit vésicatoire ammoniacal sur la partie supérieure du front, et un autre au dessus de la protubérance occipitale. La névralgie avait fait tomber une grande partie des cheveux. Sur chaque plaie je plaçai un demi-grain d'acétate de morphine ; le malade dormit.

Le 15, je mis un troisième vésicatoire sur l'apophyse mastoïde droite, et sur chacun d'eux un demi-grain de sel narcotique.

Le 18, je dénudai le derme sur des points voisins des premiers vésicatoires, et saupoudrai deux des plaies avec un grain d'acétate. Le malade était beaucoup mieux le 20. Pendant six jours j'eus recours tous les soirs au même médicament. M. Thomas n'éprouvait plus qu'une grande sensibilité sur le sommet de la tête ; il pouvait porter un chapeau, chose qui était impossible auparavant. Se trouvant bien, il retourna à ses occupations.

L'esprit de tout ce travail peut se résumer dans les conclusions suivantes :

1° Les maladies désignées jusqu'à ce jour sous le nom d'hémieranies, de migraines, sont des névralgies.

2° Ces névralgies ont ordinairement pour point de départ les épanouissemens des nerfs qui se distribuent aux régions temporales et orbitaires.

3° Il peut arriver cependant que des sympathies nerveuses viennent donner la migraine, l'irritation primitive étant dans un organe ou dans un nerf éloigné de ces régions.

4° L'action locale des narcotiques, constitue le meilleur mode de traitement, même dans les migraines symptomatiques.

5° L'acétate de morphine employé sur le derme dénudé par la pommade ammoniacale est pour la migraine, comme pour beaucoup d'autres névralgies, le meilleur agent thérapeutique.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

I. ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

(Cahiers de juillet et août.)

Guérison singulière d'un anasarque et d'une hydropisie ascite; par le docteur PODRECCA, aide de clinique à l'Université de Padoue.

Obs. — Filippo Dorbolo, âgé de 60 ans, tempérament sanguin, n'avait éprouvé aucune maladie grave, lorsqu'en 1817 il fut atteint du typhus pétéchial qui régna dans une grande partie de l'Europe, et qui chez lui se termina par un anasarque général avec hydropisie ascite.

L'infiltration s'était étendue à toute l'habitude du corps, à part les membres supérieurs. Les paupières étaient œdémateuses, la face tuméfiée, les joues saillantes, les lèvres livides, les membres inférieurs volumineux, infiltrés et gardant l'impression du doigt; le ventre rempli de liquide dont la fluctuation était très-facile à sentir. On sentait dans l'hypochondre gauche une tumeur dure, convexe, saillant en avant. Du reste, il y avait un sentiment continu d'oppression, d'angoisse et de suffocation, qui forçait le malade à garder la position verticale: la respiration courte et essoufflée; un fort râle pectoral: de la toux avec une légère expectoration mucoso-aqueuse; enfin le pouls petit et irrégulier.

Ainsi réduit à une impuissance complète, et devenu un fardeau inutile pour les autres et pour lui-même, après avoir tenté inutilement quelques remèdes, puis avoir tout abandonné faute de ressources, quelqu'un lui conseilla de s'appliquer sur le ventre nu et sur les extrémités inférieures un certain nombre de petits crapauds des fossés (crapaud domestique), et l'on devait seconder les effets de cette application par des frictions locales.

Bien qu'un semblable moyen lui parut au premier abord douteux, rebutant, et excitât son dégoût au plus haut degré, toutefois l'envie de guérir surmonta ces répugnances; et pendant trois jours et trois nuits il se soumit à l'application de 36 crapauds renouvelés autant que de besoin. Lorsqu'on les renouvelait, des frictions énergiques des extrémités vers le centre étaient pratiquées, soit par les assistans, soit par le malade lui-même. Après la première nuit, qui fut très-pénible à passer, il survint des selles extraordinairement abondantes, alternant avec des émissions non moins copieuses d'urine. Après les trois jours du remède, le malade se trouva beaucoup soulagé, et poursuivant avec courage le traitement commencé, en peu de jours il se trouva guéri de son hydropisie, et il recouvra promptement une parfaite santé.

Les sensations qu'il avait éprouvées consistaient dans un chatouillement incommode avec un sentiment d'horreur, principalement quand les crapauds voyageaient sur l'abdomen et le long du corps. Il s'y joignait des tremblemens universels, des horripilations et des frissons intermittens, des contractions spasmodiques des muscles abdominaux, et enfin des convulsions cloniques et comme des secousses électriques par tout le corps.

L'auteur de cette observation cherche à expliquer l'action du remède, par « un orgasme et un trouble excité dans les fonctions du grand symphatique, dans les plexus, les vaisseaux et les nerfs, les fibres irritables et contractiles cellulo-musculaires, etc. » Nous laissons cette hypothèse pour ce qu'elle vaut; mais le fait, tout singulier qu'il est, ne saurait être ainsi écarté. Les anciens, surtout après Galien, faisaient un grand emploi de ces applications animales; la réaction moderne a fait table rase de cette partie de la matière médicale, dont nous n'avons conservé que les cantharides. Aujourd'hui que la saine critique n'admet et ne rejette rien sans motifs suffisans, peut-être cette observation engagera-t-elle quelques praticiens à suivre avec plus d'attention les effets de ces remèdes populaires encore conservés dans nos campagnes, et qui paraissent quelquefois produire de très-bons effets.

Histoire d'un fœtus monstrueux à deux corps; par Angelo BOSSINI.

C'est l'histoire d'un fœtus à deux têtes, deux cous, deux bras, une poitrine, deux bassins, un seul cordon ombilical et quatre membres inférieures. Le défaut d'autopsie ôte à l'observation beaucoup de l'intérêt qu'elle pourrait avoir pour les physiologistes; mais d'autres détails qu'on trouve rarement dans les faits du même genre la rendront plus curieuse et plus utile pour les accoucheurs.

Obs. — Dans la nuit du 15 février 1834, dit l'auteur, je fus appelé pour assister la femme Francesco, âgée de 43 ans, déjà mère de plusieurs enfans tous sains et bien conformés. Elle était depuis plusieurs heures dans

les douleurs d'un travail que la sage-femme jugeait très-difficile. Je trouvai les deux pieds déjà sortis en troisième position ; le premier, au dire de la sage-femme, était sorti aussitôt après la rupture de la poche des eaux ; c'était elle-même qui avait dégagé l'autre. Alors, selon les principes de l'art, je tentai d'aller à la recherche des bras, et après avoir procédé à l'examen du cordon ombilical, j'en ramenai un à la vulve. Mais je m'aperçus alors qu'au lieu du bras j'avais dégagé un troisième pied, lequel était retourné en haut ; et l'idée me vint d'abord qu'il s'agissait de deux jumeaux, quand je m'assurai que ce pied tenait au même tronc que les deux déjà sortis. En ayant trouvé encore un quatrième, je le tirai au dehors avec le précédent, jusqu'au niveau des hanches, et alors je reconnus que les quatre extrémités inférieures, avec une partie des deux troncs, s'unissaient en un tronc commun à partir de l'ombilic. Je fis exécuter à cette portion du corps une demi-rotation pour pouvoir arriver jusqu'aux bras, que je trouvai en effet, et que j'abaissai sur le tronc. Peu après, je me mis à aller chercher la tête, et l'ayant trouvée j'introduisis un doigt dans la bouche, et je fis faire à la face un demi-tour du côté du sacrum, en abaissant le menton; et alors ayant fait exécuter au tronc une rotation parfaite, je trouvai qu'il présentait en arrière deux colonnes vertébrales. Et tandis qu'avec des mouvemens alternatifs réguliers d'élévation et d'abaissement je cherchais à terminer l'accouchement, je vis avec surprise sortir deux têtes à la fois, et un peu après un placenta unique.

Ce monstre ainsi extrait présentait deux têtes et deux cous, qui s'unissaient à un thorax commun, mais plus ample que s'il avait appartenu à un seul individu. Il semblait donc que le bras droit appartenait à un fœtus et le gauche à l'autre, et que les deux thorax s'étaient réunis sans qu'on pût préciser à l'extérieur le lieu de cette réunion. En arrière on suivait deux colonnes vertébrales ; il y avait deux omoplates, deux anus, et en avant deux régions sexuelles, toutes deux appartenant au sexe féminin.

Le fœtus droit était plus développé que le gauche, lequel avait cependant tous les caractères de la maturité. Ils pesaient ensemble 17 livres (de 12 onces), et ils moururent dans le travail de l'enfantement.

II. IL FILIATRE-SEBEZIO, GIORNALE DELLE SCIENZE MEDICHE.

Réponse à M. Rognetta sur cette question : Pourquoi, sur deux hommes d'âge moyen, bien constitués, robustes, forts et sans diatèse morbide, des fractures traitées par l'appareil inamovible ne se sont pas réunies après plus de deux mois ; par les professeurs NANULA et PETRUNTI (1).

Entre les moyens les plus efficaces pour prévenir ou arrêter le développement de l'inflammation, on doit placer la compression égale et faite à propos de toute la partie enflammée. L'inflammation ne saurait avoir lieu sans une expansion et une turgescence active des capillaires ; aussi la compression qui s'oppose à cette turgescence, est-elle à bon droit recommandée dans les phlegmons commençans et dans les engorgemens produits par une inflammation lente, attendu qu'autant elle ralentit la circulation sanguine, autant elle active l'absorption. Les plaies des parties molles, qui s'enflamment facilement, se réunissent par première intention si l'appareil appliqué les comprime également. Le défaut de réunion immédiate vient toujours d'un excès d'inflammation ; et c'est en la prévenant ou en diminuant son intensité, que la compression procure cette réunion. Les faits qui appuient cette manière de voir sont nombreux et frappans. Nous avons vu, disent les professeurs, se réunir promptement par ce moyen les plaies succédant à l'ablation du sein ou de tumeurs volumineuses. Le baron Larrey, dans les fractures compliquées de plaie, emploie la même compression permanente, et obtient la réunion facile de l'une et l'autre lésions. Notre explication ne rend-elle pas également raison de ces succès ?

Or, s'il est vrai, comme cela paraît hors de doute, que les fractures ne se réunissent pas, ni quand l'inflammation est en excès, ni quand elle manque tout-à-fait, il s'ensuit que les membres fracturés, placés durant long-temps sous l'égale compression d'un appareil inamovible, doivent rester dans l'inaction avec très-peu ou point d'inflammation ; une inflammation suffisante peut-être pour la réunion des parties molles, mais trop faible et impuissante pour la consolidation des os.

L'étoupade employée avec un appareil trop circonscrit et entourant circulairement le membre, devient nuisible en produisant l'étranglement comme les bandages partiels trop serrés. C'est là même, si nous ne nous trompons, un des reproches qu'on a faits à l'appareil de Moscati pour la fracture du col huméral. Mais si l'on enferme le membre tout entier dans l'espèce de moule constitué par un appareil imbibé d'une quarantaine de blancs d'œufs, ce moule aura la force et conséquemment l'effet d'un bandage expulsif, qui, comme on sait, ralentissant la circulation, empêche la nutrition, parvient même à atrophier le membre, et dont la faculté d'activer l'absorption a été mise à profit pour faire disparaître certaines tumeurs.

Il est maintenant facile de comprendre comment une fracture enfermée dans un appareil de ce genre ne peut pas et ne doit pas se réunir. La tendance à la réunion dans ces lésions violentes est forte au commencement, mais diminue et se perd avec le temps, tout comme dans les solutions de continuité des parties molles. Ordinairement cette tendance persiste environ deux semaines ; puis elle va en se perdant peu à peu jusqu'à ce qu'elle disparaisse tout-à-fait. Alors s'établit une articulation artificielle.

On objectera que les autres appareils de chirurgie connus sont à peu près également compressifs. Mais

(1) La lettre de M. Rognetta aux deux professeurs de Naples a été publiée il y a quelques mois dans la *Gazette médicale*.

ceux-ci, composés de compresses et de bandes, se relâchent très-facilement et ont besoin d'être réappliqués; et cela suffit pour laisser à l'engorgement un développement convenable. Les professeurs citent à ce propos un moyen très-simple d'éviter l'escarre du talon par suite d'un décubitus prolongé; il suffit de soulever de temps en temps le membre et de laisser passer au-dessous un courant d'air frais.

Cette simple intermittence dans la compression suffit pour soutenir la circulation capillaire étouffée par la compression permanente. Enfin les bons praticiens de nos jours n'appliquent aux membres fracturés que des appareils simples, faciles, et qui les laissent presque en liberté. Pour nous, disent les professeurs, en suivant cette pratique, nous pouvons affirmer d'après notre expérience, que les fractures auxquelles on applique le bandage dans la première période, se consolident plus tard que celles qu'on laisse d'abord libres, et qu'on ne soumet à l'appareil que dans la période de consolidation. La position et l'habitude réussissent à vaincre l'action contraire des muscles qu'on cherchait à combattre autrefois par des appareils inventés exprès et par la force.

Il est vrai que l'appareil inamovible a été aussi appliqué plus tard que le quinzième jour par M. Rognetta; mais l'étendue, la stabilité, la fermeté de cet appareil n'ont aussi bien servi qu'à détruire complétement le reste d'inflammation si nécessaire à cette époque.

M. Rognetta donne une autre explication de la non-consolidation de ces fractures. Suivant lui, elle aurait pu dépendre de l'exsiccation de l'étoupade qui, se détachant du membre et laissant un intervalle de quelques lignes entre les tégumens et l'appareil, aurait permis aux fragmens de se mouvoir et même chevaucher un peu l'un sur l'autre. Cette explication ne nous paraît pas admissible : 1° parce que l'appareil en question a été recommandé par M. Rognetta lui-même, pour permettre aux malades, dès les premiers jours, de se servir de leur membre et de marcher sur la jambe ou la cuisse fracturée, comme ils ont pu le faire en effet. Les fragmens devaient donc être parfaitement maintenus en place; le déplacement rend le membre impuissant et cause des douleurs; 2° parce que de légers déplacemens n'empêchent point les fractures de se réunir en deux mois et demi. Les réunions des fractures par le côté sont fréquentes. Il y en a une collection dans le cabinet d'anatomie pathologique de l'université de Naples, toutes vicieusement réunies sans doute, mais réunies en moins de deux ou trois mois; 3° parce que, même avec le mouvement que l'on veut accorder aux fragmens dans l'intervalle laissé par l'appareil, la réunion, à notre avis, n'aurait pas dû encore être empêchée; les côtes fracturées se réunissent bien malgré leurs mouvemens continuels nécessités par la respiration; 4° parce qu'on ne peut supposer que quelque substance se soit interposée entre les fragmens; des chairs, des vaisseaux, des nerfs, des fibres quelconques auraient causé tout d'abord de vives douleurs, et le sang aurait été absorbé; 5° parce que l'étoupade composée comme l'indique M. Rognetta, et constituant ainsi un très-fort ciment circulaire, au lieu de se relâcher en se desséchant comme on le prétend, devrait au contraire se resserrer davantage, par le rapprochement des molécules, et ainsi rétrécir de plus en plus l'espace circulaire dans lequel se trouve emprisonné le membre. L'étoupade appliquée sur un seul côté du membre, pourrait peut-être se relâcher ou se détacher; mais il n'en saurait être ainsi d'une enveloppe circulaire.

Mais on ajoute : Larrey a obtenu par une méthode semblable d'heureuses consolidations. Nous regardons, quant à nous, sa méthode comme très-différente; en effet, l'étoupade employée par le baron Larrey dans les fractures du col du fémur et de l'humérus ne se composait que de quatre ou cinq blancs d'œufs, et n'enferme pas complétement le membre dans une solide enveloppe. Cette idée avait déjà été entrevue par M. Rognetta lorsqu'il s'est demandé, si cette circonstance d'une moindre quantité d'albumine n'aurait pas quelque influence sur l'efficacité de l'appareil? Mais il l'explique tout autrement que nous. Selon lui, l'étoupade plus liquide se sera moins écartée de la surface du membre en se desséchant. Pour nous, nous le répétons, c'est parce que le membre n'est pas entièrement comprimé qu'il n'est pas sous l'influence d'un appareil expulsif.

Et si pour soutenir son opinion M. Rognetta voulait se servir de l'observation de M. Larrey lui-même, qui a vu sous l'appareil inamovible les fractures se réunir avec un léger déplacement, nous répondrions, comme c'est notre pensée bien confirmée, que la fracture n'était point parfaitement réduite quand elle a été mise dans l'appareil, puisque la force et la striction de celui-ci rendent tout déplacement impossible; et qu'on l'indique même comme pouvant rendre simple et facile le transport des blessés sur les champs de bataille.

M. Rognetta avoue lui-même que les fractures guérissent plus vite avec les appareils ordinaires qu'avec l'appareil à étoupade. Donc c'est que dans celui-ci il manque de la force adhésive qui détermine l'inflammation.

Telle est l'opinion que nous n'avons pas la prétention de donner comme la seule vraie, mais comme la nôtre. Seulement nous pouvons ajouter que nous avons sous les yeux un jeune homme fort et de bonne santé, qui porte une articulation artificielle dans le corps du fémur, par suite d'une fracture traitée au moyen d'un appareil très-solide et excessivement serré.

Luxation de l'humérus sur l'avant-bras; par Antonino FRERA, docteur chirurgien à Reggio.

C'est une question d'une haute gravité et qui n'est pas nettement résolue encore, que de savoir quel parti doit prendre le chirurgien dans les cas de luxations compliquées de l'issue des os. L'ancien précepte d'Hippocrate, qui recommandait de ne pas réduire et d'attendre, quoique négligé quelquefois avec succès par les chirurgiens modernes, paraît cependant le plus sûr quand les lésions des parties molles sont portées fort loin; il reçoit du moins une nouvelle confirmation du fait suivant.

Obs. — En septembre 1833, une jeune fille de 12 ans, cueillant des figues, tomba de l'arbre de la hauteur d'environ douze palmes, et resta presque à moitié morte. A peine eut-elle repris ses sens et ses forces qu'on la ramena chez elle; et elle me fut amenée vers le soir. Je trouvai l'extrémité inférieure de l'humérus droit sortie à travers la peau d'environ un tiers de sa longueur; et les deux os de l'avant-bras chevauchant sur l'humérus en arrière, avec lacération des parties molles et hémorrhagie. Considérant l'importance de ce cas qui s'offrait pour la première fois dans ma pratique, attendu aussi l'exquise sensibilité de la malade qui ne voulait pas permettre qu'on touchât à son bras, je fus forcé de me contenter de réduire les os, de rapprocher les parties molles, de contenir le tout avec de simples bandes et de remettre au lendemain toute autre opération. Le lendemain matin le bras et l'avant-bras étaient très-gonflés et engorgés; je fis une légère saignée, je relâchai quelques tours de bande, en attendant le développement ultérieur des symptômes. Je recommandai cependant des lotions résolutives sur les parties. Dans l'après-midi le membre était livide, gonflé, sans chaleur, froid comme marbre, pesant, recouvert de phlyctènes contenant une sérosité jaunâtre, spécialement dans les environs de la plaie; la fièvre s'était développée avec une chaleur ardente, du délire et une soif inextinguible.

Dans un état aussi alarmant pour la vie de la malade, voyant que les parties molles lacérées et contuses n'avaient pu être exactement remises en place, et que les os exerçaient sur elles une sorte de pression qui les étranglait et interceptait la circulation, je pensai que la meilleure indication à remplir pour le moment était de luxer de nouveau les os et de disposer l'extrémité de l'humérus de manière qu'elle n'exerçât aucune pression sur les parties molles. Ceci étant fait, je prescrivis des boissons acidules, des applications résolutives, et quelques lotions à peine tièdes sur le bras et l'avant-bras; déterminé à recourir à l'amputation dès que j'en reconnaîtrais la nécessité.

Le jour suivant, le membre parut détuméfié, il avait repris de la chaleur et en plusieurs points sa couleur naturelle; et satisfait d'une amélioration aussi notable, je m'en fiai au temps. Les choses allèrent ainsi jusqu'au sixième jour : seulement la surface de la plaie se montrait comme mortifiée, rigide, sans écoulement de matière, et fort douloureuse; l'os sorti à travers la plaie était noir.

Trois partis s'offraient à ma pensée, soit de temporiser encore, soit d'en venir à l'amputation du bras, ou enfin de retrancher la portion d'os déjà nécrosée. Les deux derniers me parurent pour le moment trop périlleux, et je préférai attendre que la suppuration fût établie et eût mieux fixé les limites du mal. Une très-grave fièvre s'éleva dans la nuit du septième jour, avec délire et soubresauts des tendons; mais elle se termina par d'abondantes sueurs, et la plaie commença à suppurer. Les 9e, 10e et 11e jours il s'en sépara des lambeaux de tissu cellulaire et de ligamens, que je rescisai pour nettoyer la plaie; et une suppuration régulière s'y établit.

Vers le 21e jour, voyant l'extrémité de l'humérus de plus en plus dénudée et nécrosée, je crus opportun de la retrancher, afin qu'elle n'agît plus comme corps étranger faisant obstacle à la cicatrisation de la plaie. Avec des tenailles incisives je commençai par en séparer les condyles; puis j'en enlevai couche par couche tout ce qui me parut complétement mortifié, attendant que les progrès de la nécrose m'obligeassent à une résection plus considérable. A ma grande surprise, je reconnus vers le 30e jour que l'os conservait sa couleur normale; les jours suivans, un merveilleux réseau d'un rouge vif se développa sur son extrémité tronquée; peu à peu apparurent des bourgeons charnus qui recouvrirent l'os de toutes parts; je songeai alors à le mettre dans une position plus favorable et à le faire rentrer dans l'espèce de gouttière qui était restée à sa place au milieu des chairs; et la végétation des bourgeons charnus se faisant rapidement, il ne tarda pas à acquérir des rapports vitaux avec les parties voisines. La surface de la plaie commença à se rétrécir, et en peu de temps elle se recouvrit d'une cicatrice parfaite. Les parties acquirent une dureté convenable; et la malade a conservé son membre entier; seulement elle a perdu les mouvemens qui dépendent de l'articulation du coude, laquelle est restée naturellement détruite.

N° DU 11.

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

—

Mémoire sur un nouvel instrument, dit ostéotome, pour l'ablation partielle des os; lu à l'Académie des sciences par M. le docteur B. HEINE jeune, de Wurtzbourg.

§ I. — *Considérations générales.*

Pour ceux qui cultivent la médecine pratique, les moyens nouveaux pour le traitement des maladies, qu'ils soient pharmaceutiques ou mécaniques, sont d'un tout aussi grand intérêt que les faits pour éclairer la nature des maladies. Sous ce rapport, l'attention des médecins mérite d'être dirigée sur la pathologie des os, et particulièrement sur leur ablation partielle. Bien que cette opération ait déjà été pratiquée vers le milieu du siècle passé, elle est encore jusqu'à ce jour une des plus rares et des plus extraordinaires; elle n'a été pratiquée de temps à autre que par les chirurgiens les plus distingués et les plus hardis. Des grandes difficultés qui s'opposent si fréquemment à leur exécution, les unes ont leur cause dans la nature et la position des parties elles-mêmes, les autres dans l'imperfection des instrumens. Cette imperfection a été bien plus vivement sentie de nos jours, ce qui a donné naissance à un certain nombre d'inventions remarquables, faites par des chirurgiens célèbres, qui ont cherché à y remédier, soit par des types nouveaux d'opérations, soit par des instrumens particuliers. Aucun instrument cependant n'a parfaitement répondu à l'at-

tente et n'a comblé la lacune dans notre appareil chirurgical ; aucun d'eux ne peut être employé dans toute l'étendue et avec une égale facilité dans tous les cas possibles ; leur emploi est plus ou moins limité à l'une ou à l'autre des opérations. Il suffit de rappeler ici les nombreuses et les différentes espèces de scies à manche, à molette, à chaînette, de trépan et tréfine, de tenailles incisives, etc., etc.

La plupart de ces instrumens n'opèrent l'incision ou la division de l'os qu'en étant mus à sa surface ou autour de sa circonférence avec un mouvement de va et vient de leur tranchant ou en tournant en une courbe; ceci exige un mouvement de tout l'instrument, et par conséquent l'espace nécessaire pour des mouvemens semblables. Mais la disposition anatomique des parties du corps, et la particularité de chaque cas pathologique, rend leur usage tout-à-fait impossible dans un grand nombre de lieux (par exemple, à la région orbitarie), où des lésions accessoires dont l'étendue et la nature rendent bien souvent l'opération plus dangereuse que la maladie que l'on veut guérir, deviennent nécessaires pour se procurer l'espace indispensable.

Tous les instrumens employés jusqu'à présent pour des opérations sur les os ont plus ou moins d'inconvéniens, dont nous ne citerons que les suivans.

1° Pour couper l'os, il faut toujours que la scie aille et vienne ; par ce mouvement de *va et vient*, l'os ainsi que les parties molles, sont considérablement irrités et ébranlés. C'est particulièrement en sciant des os creux, et entre autres dans l'excision des maxillaires, que les vaisseaux et les nerfs qui y pénètrent sont tiraillés en tous sens, ce qui peut occasioner les accidens les plus graves.

2° Pour procurer à la scie l'espace nécessaire pour se mouvoir librement, il faut inciser et séparer de l'os les parties molles dans une étendue qui surpasse de beaucoup la partie qui doit être enlevée ; plus celle-ci sera profondément située, plus sera grande l'étendue dans laquelle il faudra la mettre à nu pour y arriver.

3° Par suite du mouvement de *va et vient* de la plupart des scies, l'os se trouve toujours coupé au-delà du point qu'on se propose d'inciser, inconvénient qui peut même être objecté à la scie à molette, scie avec laquelle j'ai fait un grand nombre d'essais infructueux et qui a de nombreux défauts ; on ne la fixe à l'os qu'on veut couper qu'avec beaucoup de difficultés et qu'après bien des préparatifs ; son action est incertaine. Avec de petites scies à molette, on ne peut agir qu'à une profondeur peu considérable, parce que l'axe touche bientôt à l'os et empêche l'action ultérieure ; et si pour éviter cet inconvénient, on choisit des disques plus grands, ceux-ci, pour pouvoir être mus, demandent un espace trop étendu par rapport à la longueur de l'incision qu'on veut pratiquer à l'os.

4° Beaucoup de scies, les scies fines des orfèvres, par exemple, prennent aisément une direction oblique, et s'enclavent fréquemment. Ceci a lieu avec la scie à chaînette, qui souvent même se rompt lors de son emploi.

5° En se servant des scies connues, il faut souvent séparer de l'os des parties molles encore saines, parce que dans leur action on ne peut se borner aux limites étroites de la partie molle ; c'est ce qui arrive dans l'application d'une couronne de trépan.

6° Dans les fractures du crâne d'une certaine étendue et compliquées d'esquilles, il faut souvent enlever des parties considérables tout-à-fait intactes et nullement lésées, afin de pouvoir éliminer les esquilles.

7° Dans l'emploi de tous ces instrumens, les parties molles ne sont pas à l'abri de toute lésion ; il est pourtant nécessaire de les éviter dans certains cas, par exemple, dans la trépanation du crâne, de la colonne vertébrale, etc.

8° Certaines parties, dans des cas de désorganisation auxquels souvent on ne peut remédier que par des opérations, n'ont pas encore pu être soumises à l'excision, malgré le nombre des scies inventées jusqu'à ce jour.

9 Plusieurs de ces instrumens assez fréquemment employés, tels que la pince, la gouge et le maillet, agissent d'une manière trop violente, on pourrait même dire trop grossière, et affectent péniblement le malade ; leur emploi peut alors aisément produire de nouvelles lésions de l'os et des parties environnantes.

Les douleurs propres aux maladies des os sont encore augmentées par le vice des instrumens inventés pour y porter remède. Comme l'art ne peut qu'imparfaitement atteindre son but, on abandonne à la nature la plus grande partie du travail d'élimination ; la guérison se fait attendre long-temps ou n'a pas lieu, car souvent on procède trop tard à l'extirpation des parties malades dans la crainte du danger de l'opération, intimidés d'ailleurs par les difficultés qui les entourent, difficultés d'autant plus grandes que des instrumens convenables manquent pour les exécuter.

Ces inconvéniens étaient tout-à-fait inhérens à la forme et à la manière d'agir des instrumens inventés jusqu'à ce jour pour l'incision des parties dures, et selon qu'ils étaient formés sur l'un ou l'autre type, ils ne pouvaient servir qu'à faire certaines incisions droites ou circulaires très-bornées. Chaque praticien qui a eu occasion de se servir ou de voir employer l'un ou l'autre de ces instrumens, sait apprécier combien ils laissaient encore à désirer. Pour reculer les bornes de la science, il fallait qu'un nouveau mode d'action fût inventé pour les instrumens tranchans ; ce mode d'action ne se bornera pas seulement aux scies et aux instrumens qui leur ressemblent, il s'étendra aux instrumens destinés à d'autres usages. C'est ce but que l'ostéotome, dont nous allons donner la description, est destiné à remplir.

§ II. — *Description et mode d'emploi de l'ostéotome* (1).

La construction de l'ostéotome est basée sur ce prin-

(1) N'ayant pas espéré pouvoir donner une idée assez nette de l'instrument par une figure, nous avons préféré le laisser, ainsi que nos nombreuses pièces osseuses, entre les mains de notre ami le docteur Sichel, à Paris, qui se charge d'en faire une démonstration chez lui tous les mardis, à 7 heures et demie du soir, et d'en enseigner l'emploi à nos honorables confrères.

cipe, savoir, que cet instrument doit agir sur les parties dures de la même manière qu'on agit sur les parties molles avec le bistouri ou le couteau, et qu'il doit être applicable dans une égale étendue, c'est-à-dire dans tous les cas et dans toutes les circonstances.

Sous le rapport de la forme et de son action, l'ostéotome doit être comparé à un couteau ou à un bistouri des plus forts.

Il représente un scalpel à lame droite et à manche fixe.

La lame se compose de trois parties principales, qui sont : la partie inférieure, que j'appelle *porte-scie ;* la moyenne, nommée *cage,* et la partie supérieure, qui entre dans le manche.

Le porte-scie forme une lame, terminée en pointe par sa partie inférieure, dont l'un des bords est convexe, et l'autre presque droit ; cette lame, formant pivot vers sa partie inférieure, s'implante par un prolongement à jour ou à fenêtre dans la cage de l'instrument.

La cage est formée par deux lames superposées, entre lesquelles se trouve une roue dentelée mise en jeu par une manivelle.

C'est sur cette roue et sur le porte-scie que s'étend, en forme d'ellipse, une scie articulée, composée d'anneaux articulés les uns aux autres et formant trois rangées de dents de front.

Cette scie, formant une chaîne réunie par ses deux bouts, que l'on peut décrocher à volonté, a, sur son bord antérieur, des dents appelées *dents à incision,* et, sur son bord postérieur des *dents à mouvement,* qui sont mousses : c'est au moyen de ces dernières que la scie glisse à son extrémité supérieure, c'est-à-dire dans la cage, dans une coulisse, sur une petite roue dentelée, munie à son centre d'un axe surmonté d'une manivelle et sur sa périphérie de petits enfoncemens dans lesquels viennent s'engrener les dents mousses de la scie, pour communiquer le mouvement à celle-ci ; et à son extrémité inférieure, qui est la partie active pendant l'opération, la scie glisse sur les bords et l'extrémité d'une lame dont elle suit les diverses directions, en vertu de son *articulation* et de sa *flexibilité.*

Pour faire agir la scie, on tourne la manivelle ; la scie glisse alors, et, exécutant le mouvement que nous avons décrit, elle incise sur son tranchant, pendant que la lame reste immobile. La lame et le tranchant dentelés de l'ostéotome sont deux parties distinctes étroitement liées. Le tranchant est susceptible d'un mouvement tout-à-fait indépendant de celui de la lame ; celle-ci ne sert que de support au tranchant, et en même temps d'appareil pour le mettre en jeu : à chacun de ses mouvemens une autre partie du tranchant agit au même endroit de la lame.

De son côté, la lame à scie, avec son tranchant mobile, peut être mue à volonté dans les parties molles, en tous sens, en ligne droite ou dans une courbe, à l'instar d'un couteau.

Pour imprimer ce mouvement, on a pratiqué, à l'extrémité supérieure de l'instrument, un manche commode ; et, pour plus de sûreté et de fixité, il se trouve à gauche un support latéral mobile en tous sens, afin de pouvoir être appliqué partout.

Ces deux mouvemens, tout-à-fait indépendans l'un de l'autre, d'un côté celui de la scie articulée, et de l'autre celui de la totalité de l'instrument, permettent la plus grande latitude possible dans son emploi, et offrent en outre des avantages que nulle autre scie ne possède.

C'est encore ce double mouvement qui établit une différence essentielle entre l'ostéotome et le couteau. Dans ce dernier, le tranchant ne saurait se mouvoir sans que toute la lame se meuve, tandis que, dans l'ostéotome, le tranchant, bien qu'étroitement lié à la lame, peut être mis en mouvement sans le communiquer à cette dernière. D'un autre côté, pendant que le couteau ne pénètre à sa pointe que par pression, l'ostéotome agit à la fois par pression et par traction, et surtout par cette dernière. On n'appuie que légèrement la lame sur l endroit à inciser ; la pointe, par son mouvement indépendant de la lame, continue alors de séparer par traction, de manière à éviter les nouvelles secousses. Un tranchant de scie de 15 pouces de longueur peut, de cette manière, par la plus petite incision possible, de quelques lignes seulement, agir à la pointe de la lame, sans qu'il lui faille plus d'espace que la ligne à inciser.

Afin de préserver de toute lésion les parties molles environnantes, l'on a pratiqué, sur les bords de la lame de l'instrument, deux couvre-scie qui glissent dans deux châssis situés en travers du porte-scie ; ils touchent presque les bords de la scie, et se rencontrent à leurs extrémités inférieures, au-dessous de la pointe qu'ils couvrent. Ils peuvent être avancés et retirés au moyen d'un ressort qui se trouve dans la cavité droite du manche. *Poussés en avant,* les couvre-scie s'éloignent et s'écartent à volonté des bords de la scie et de la pointe ; retirés, ils viennent se rapprocher de la scie. On peut les faire agir séparément ou tous les deux à la fois.

C'est entre ces couvre-scie et les bords de la scie qu'on peut saisir les os, quels qu'ils soient. Si on fait alors agir le ressort, les deux parties, c'est-à-dire les couvre-scie et la scie, sont attirés vers l'os avec une force égale ; si donc on fait jouer la scie, elle coupera l'os en se rapprochant du couvre-scie. Les couvre-scie servent ainsi de guide sûr à la scie jusqu'à la fin de son action, et en même temps de sonde exploratrice pour savoir où en est l'opération et quand elle est achevée. Outre cela les couvre-scie protégent et garantissent parfaitement les parties molles.

Pour plus grande sûreté dans certaines opérations sur les os, par exemple dans le trépan, au crâne et à la colonne vertébrale, l'on peut adapter au côté droit de la lame une échelle graduée qui sert en même temps de support.

C'est par ce mouvement particulier et propre à l'ostéotome, mouvement qui est en même temps préservatif, que l'on évite les inconvéniens énumérés plus haut. Sans avoir aucun des vices mentionnés des instrumens

imaginés jusqu'à présent pour les opérations sur les os, l'ostéotome présente une foule d'avantages taut pour la chirurgie opératoire que pour la physiologie expérimentale. Nous les exposerons dans une autre occasion ; je me bornerai à indiquer ici les principaux et en particulier ceux que l'ostéotome présente sur la scie circulaire ou à trépan.

§ III. — *Avantages de l'ostéotome comparé avec les autres instrumens.*

1° Avec l'ostéotome on peut faire aux os non-seulement toutes les opérations exécutées jusqu'à présent avec d'autres instrumens, mais il est encore à présumer que par la suite on pourra l'utiliser à celles qui jusqu'à ce jour étaient impraticables même pour les plus habiles opérateurs, au moyen des instrumens connus. On peut avec l'ostéotome séparer et exciser des parties d'os de toute forme et de toute grandeur, dans toute profondeur et dans toute direction et avec promptitude, par une pression douce, sans secousse, sans produire des esquilles, ni endommager les parties molles environnantes.

L'expérience est déjà venue à l'appui de ce que la structure de l'instrument faisait supposer *à priori*.

2° L'ostéotome ne marchant pas par un mouvement *de va et vient*, commun à toutes les scies ordinaires, ne tiraille et n'ébranle point les os et les parties molles, car il agit plutôt par *traction* que par *pression* ; on doit juger de l'importance de ce mécanisme dans la section des os creux, puisqu'on évite le tiraillement des nerfs et des vaisseaux qui passent par leurs cavités.

3° En vertu de l'action particulière et propre à l'ostéotome, les parties molles environnantes sont bien mieux ménagées ; car, pour procurer aux autres scies l'espace nécessaire à leur mouvement de *va et vient*, il faut inciser ces parties et les séparer de l'os dans une étendue qui surpasse de beaucoup celle de la partie à enlever, et plus l'os est profondément situé, plus il faut agrandir cette incision, tandis que l'ostéotome agit dans un étroit espace par la plus petite incision des parties molles et à toute profondeur ; il faut seulement découvrir la partie d'os à enlever, ce qui se pratique à volonté et successivement par plusieurs petites portions afin de restreindre l'espace à inciser au bénéfice des parties molles.

4° Dans l'emploi de l'ostéotome, on n'est pas comme dans celui de la couronne à trépan, obligé d'enlever une surface plus grande que ne le demande absolument le but de la guérison ; attendu qu'avec l'ostéotome on peut inciser au gré de l'opérateur des lignes droites ou courbes, grandes ou petites, et enlever ainsi des portions d'os presque linéaires et très-longues.

C'est ainsi que même un corps étranger enclavé, par exemple, une balle, un morceau de mitraille, des fractures à esquilles, des dépressions, un fongus de la dure-mère, une partie nécrosée ou une fissure du crâne, peuvent être circonscrites exactement à leurs bords par une incision correspondante. C'est ici surtout qu'un simple essai sur des os secs montre l'avantage de l'ostéotome avec une force de conviction qui n'a pas manqué jusqu'ici d'entraîner les suffrages des chirurgiens célèbres de la France et de l'Allemagne qui l'ont examiné.

5° A l'aide d'une simple incision de peu de longueur et d'une ligne de largeur au plus, on peut faire sur le crâne des trépanations exploratrices qui, tout en admettant l'introduction d'un stylet dans tous les sens, guérissent néanmoins complétement et avec une extrême facilité. Ce procédé promet d'immenses avantages pour les cas d'épanchement, ou de lésion du cerveau, ou de ses enveloppes membraneuses et osseuses.

6° L'action de l'ostéotome n'est pas comme dans la couronne à trépan, horizontale ; elle est perpendiculaire de bas en haut ; c'est par ce mouvement que l'on découvre et relève des esquilles recouvertes par la peau du crâne et qu'on n'a pas encore aperçues, lorsque l'on incise avec l'ostéotome sur ses bords ; tandis qu'au contraire l'action horizontale de la couronne à trépan ne fait que déplacer les esquilles.

Avec cela le point d'appui peut être choisi en dehors de la partie à enlever.

7° L'ostéotome perce rapidement une ligne après l'autre ; tandis qu'au contraire, l'opération avec la couronne à trépan offre en plusieurs endroits des inconvéniens et même des dangers à cause de l'épaisseur variable des os du crâne, lors de dépressions occasionant la séparation de la table intérieure d'avec la table externe.

Quelquefois une portion du cercle formé par le trépan est déjà entièrement percée, tandis que l'autre ne l'est qu'à demi, ou est à peine entamée.

8° On peut fixer l'ostéotome sur la partie même qui doit être excisée. Dans les instrumens qui agissent par un mouvement de *va et vient*, on essaie fréquemment d'empêcher la mobilité de l'os, en le faisant tenir par des aides qui de cette manière compriment les parties molles, mais qui ne sauraient empêcher l'os de se mouvoir en dedans des parties molles.

9° Certaines parties, telles que l'articulation coxo-fémorale, et spécialement la cavité cotyloïde, dans les cas de désorganisation qui ne peut être arrêtée que par l'opération, n'ont pu être extirpées jusqu'ici avec aucun des instrumens connus, attendu que la lésion des parties environnantes, lésion qu'on ne peut éviter, était considérable et trop dangereuse, et faisait reculer d'effroi l'opérateur. Dans l'emploi de l'ostéotome au contraire ces lésions peuvent être très-circonscrites.

J'ai plusieurs fois excisé la cavité cotyloïde, soit en partie, soit en totalité, sur des cadavres injectés. Il n'y a jamais eu de lésion de nerfs ni de vaisseaux importans ; *j'ai exécuté plusieurs fois cette opération sur des animaux vivans*, avec un entier succès.

10° Avec l'ostéotome on peut atteindre et même surpasser tous les effets et avantages que présentent tous les instrumens réunis ; ainsi, par exemple, les diverses espèces de scies circulaires et les instrumens à trépan, les scies à chaînette, la gouge et le maillet, les ciseaux

et les tenailles incisives, etc.; tous ces instrumens offrent des inconvéniens, surtout dans des opérations à la campagne et sur les champs de bataille, où il est impossible de les avoir tous et où pourtant il faut s'attendre à des événemens imprévus.

§ IV. — *Expériences faites avec l'ostéotome sur des animaux vivans.*

J'ai pratiqué avec l'ostéotome des opérations de toute espèce, avec un très-heureux succès. La guérison réussit parfaitement; les fonctions de la partie opérée ne furent presque point altérées.

Au crâne d'animaux grands et petits, pour la plupart des chiens de tout âge, j'ai excisé des parties triangulaires, elliptiques, rondes et longitudinales; en un mot de diverses forme et grandeur, afin de pouvoir observer la différence entre la guérison des blessures rondes et angulaires. Il en est résulté que les blessures angulaires guérissent mieux que les blessures rondes.

A la colonne vertébrale j'ai excisé en plusieurs endroits une ou plusieurs lames avec l'apophyse épineuse, en sorte que la moelle épinière était à nu. Dans deux cas la guérison fut parfaite et il n'y eut aucun trouble de fonctions.

J'ai fait des excisions en divers endroits sur la continuité des os, par exemple : aux côtes, a l'humérus, à l'avant-bras, au fémur, au tibia, au bassin, etc. Moins les parties molles furent lésées, plus la reproduction fut complète, et plus fut rapide le rétablissement de la fonction de la partie opérée.

Aux articulations, par exemple celle de la mâchoire inférieure, à l'articulation coxo-fémorale, à celles de l'omoplate, du cubitus et du genou, j'ai fait des excisions afin de pouvoir observer la formation de nouvelles articulations. L'excision de l'articulation coxo-fémorale, de la tête du fémur avec la cavité cotyloïde, la plus importante de toutes, et qui n'a pas encore été essayée sur l'homme, fut pratiquée par moi sur de grands chiens avec le plus heureux succès. Il s'est formé une espèce de nouvelle articulation, et les fonctions de l'extrémité se rétablirent parfaitement.

§ V. — *Application de l'ostéotome sur l'homme vivant.*

Mais ce n'est pas seulement sur le cadavre ou sur les animaux vivans que nous avons fait des essais. L'ostéotome a fait ses épreuves sur le corps humain vivant; de nombreuses opérations faites avec succès sont là pour prouver ce que nous avons avancé sur les avantages que cet instrument offre au chirurgien.

Le nombre des applications dans des cas pathologiques s'élève presque à cinquante; et puisqu'en chirurgie il ne s'agit pas seulement d'inventer des instrumens, de les préconiser et de promettre de faire avec eux les opérations les plus difficiles sans en apporter les preuves, sans les avoir même employés sur le cadavre (chose inconcevable, mais dont les exemples ne sont que trop fréquens), nous pensons bien faire de joindre ici l'énumération des dispositions qui ont été exécutées jusqu'à ce jour sur l'homme vivant avec l'ostéotome.

A. *Opérations pratiquées à la tête. Huit trépanations pour des blessures d'armes à feu et d'armes blanches*, par le profess. Demmé, de Zurich. — Une pour carie, par le professeur Jaeger de Wurtzbourg, qui m'a chargé d'en pratiquer une autre dans sa clinique. Excision d'une pièce de l'arcade orbitaire supérieure, faite par moi à la clinique du professeur Slaik, à Iéna.

L'excision du menton a été faite deux fois par le professeur Diez, de Nuremberg, et le professeur Jaeger de Wurtzbourg, et une fois par le professeur Textor, de Wurtzbourg.

En 1833, M. le professeur Walther, à Munich, à enlevé, pour cause d'hypertrophie avec induration de l'os, toute la partie inférieure de la mâchoire inférieure, depuis l'une des branches jusqu'à l'autre, en conservant le bord alvéolaire avec les dents. Dans cette opération M. Walther confia l'emploi de l'ostéotome au docteur Joseph Heine. Le malade a été complétement guéri. Cette opération, inouïe jusqu'à présent, et dont l'exécution avec le nouvel instrument ne se bornera pas seulement à ceux qui ont le privilége d'un grand génie chirurgical ou d'une pratique étendue, nous paraît le plus fort argument en faveur de l'ostéotome.

En 1833 et 1834, MM. les professeurs Jaeger et Diez ont incisé un côté de la mâchoire inférieure, afin de pouvoir la désarticuler de ce côté. Cette opération a été pratiquée deux fois par M. Diez, et deux fois par M. Jaeger.

Le professeur Jaeger a encore fait en 1834 l'excision d'une partie de la mâchoire inférieure droite, depuis la symphise du menton jusqu'à la branche ascendante. Dans cette opération l'inventeur de l'instrument a été chargé de son application.

B. *Au tronc.* — Le professeur Jaeger a excisé en 1834, à la clinique chirurgicale de Wurtzbourg, une pièce semi-circulaire du sternum, d'un pouce de long sur un demi-pouce de large, pour cause de carie.

En 1834, j'ai enlevé moi-même pour cause de carie une apophyse épineuse.

C. *Aux extrémités supérieures.* — J'ai enlevé en 1833 à Breslau une portion de la partie moyenne de la première phalange du doigt médius.

Les professeurs Jaeger et eTxtor ont, chacun une fois, en 1834, excisé l'articulation du bras avec l'avant-bras. La même opération a été faite par M. Moisisowitz, chirurgien à l'hôpital principal de Vienne en 1833.

A Vienne on a extirpé en 1833 une partie nécrosée de l'humérus.

On a fait l'extirpation de l'olécrâne; dans les trois dernières opérations l'ostéotome a été appliqué par moi.

Le professeur Jaeger, à Wurtzbourg, a enlevé, il n'y a pas long-temps, une pièce osseuse de l'extrémité inférieure du cubitus, au point de son articulation avec le carpe, à la suite d'esquilles occasionées par un coup de feu.

D. *Aux extrémités inférieures.* — J'ai enlevé quatre fois à Wurtzbourg, en 1834, une fois à Berlin et une fois

à Iéna, à la clinique de M. Stark, en 1832, des parties nécrosées au tibia.

Le professeur Jaeger, à Wurtzbourg, à extirpé au tibia une exostose de trois pouces de long sur un pouce d'épaisseur.

En 1832 j'ai, pour cause de dénudation par suite d'une fracture, excisé la malléole interne à l'hôpital militaire de Wurtzbourg.

Le professeur Jaeger a excisé trois fois en 1833, et j'ai excisé une fois l'articulation tibio tarsienne.

Le professeur Textor a excisé une fois à Wurtzbourg, et moi une fois à Iéna en 1833, des fragmens du tibia.

Le professeur Walther à Munich a excisé en 1834 le péroné dans l'articulation tibio-tarsienne.

A la clinique chirurgicale de la Faculté de Wurtzbourg on a excisé sur une jeune fille de 13 ans le calcanéum carié, en conservant la tubérosité pour l'insertion du tendon d'Achille.

Tous ces cas ont non-seulement prouvé par les heureux résultats qui ont presque toujours suivi son application, l'avantage de l'ostéotome en général, mais aussi sa préférence aux autres instrumens dans les cas désespérés.

Qu'il nous soit permis, avant de passer aux opérations pratiquées en France sur le vivant avec l'instrument qui fait l'objet de ce mémoire, de joindre ici une courte relation de 5 trépanations faites avec l'ostéotome par le docteur Demmé, professeur à la Faculté de médecine de Zurich, suivies de quelques considérations pratiques de ce chirurgien sur l'emploi de l'instrument, parmi lesquelles nous avons omis celles qui sont conformes à ce que nous avons dit plus haut. C'est le professeur Demmé qui le premier a exécuté sur le vivant la trépanation à l'aide de l'ostéotome.

Plaie d'arme à feu à l'occiput.

Obs. I.—A la base d'un triangle dont les côtés étaient formés par l'extrémité du grand sinus longitudinal et le commencement du grand sinus transversal; la table osseuse externe du crâne offrait un trou irrégulier entouré de fissures. La forme de cette plaie m'engagea à exciser un triangle; et trouvant la table interne considérablement écartée de l'externe, j'agrandissais la plaie triangulaire du double en la changeant en un carre. Dans toute l'étendue de ce carré la table interne était écartée de l'externe sous un angle aigu et tourné en dedans en forme d'une pyramide renversée. Un fragment détaché de la pointe de cette pyramide avait pénétré, en la blessant, dans la dure-mère. Un essai de relever la table interne fut accompagné de grandes difficultés et suivi de grandes douleurs, et des convulsions étaient sur le point de survenir. Par une seconde application de l'ostéotome la table interne fut excisée près des bords du carré pratiqué dans la table externe, opération qu'il eut été impossible de faire avec le trépan. La dure-mère couverte de sang était visible dans la profondeur. Après dix minutes le cerveau déprimé commença à se relever, et il acquit sa hauteur normale après 15 minutes. A l'exception de l'endroit où le fragment osseux avait pénétré, la dure-mère fut intacte.

Fractures du crâne par un fragment de grenade.

Obs. II.—Un fragment de grenade avait pénétré dans la cavité du crâne, dans la région de la bosse pariétale gauche; une couronne de trépan était déjà appliquée, mais l'ouverture ne suffisait pas. Appelé par le médecin du malade, j'excisai, après m'être assuré, en sondant, de la forme et de la grandeur du corps étranger, une portion d'os en forme de demi-hexagone adossé à l'ouverture faite par le trépan, et le fragment de grenade fut extrait facilement. Dans cette épération, comme dans la précédente et dans la plupart des autres, le malade dit avoir entendu le bruit de la scie sans avoir senti de douleur.

Coup de sabre au point de réunion du frontal et des pariétaux dans la direction de la suture coronale.

Obs. III. — Le crâne était béant dans l'étendue de 4 pouces et demi, avec dépression considérable de deux bords osseux, principalement de l'antérieur; des deux angles de la fracture une fissure fine sans dépression se portait en arrière de chaque côté en décrivant un arc de cercle. L'ouverture longue de quatre pouces et demi était étroite à ne laisser passer qu'un stylet très-fin, à l'aide duquel on découvrit des esquilles détachées. L'application du trépan était impossible. La couronne placée immédiatement sur la partie béante et déprimée, touchait l'os en avant et en arrière, mais en était considérablement éloignée sur les deux côtés. La trépanation qui multiplie l'application de plusieurs couronnes des deux côtés de la fracture aurait enlevé une portion osseuse trop considérable. A l'aide de l'ostéotome une pièce osseuse formant un carré oblong de quatre pouces et demi de longueur et de trois quarts de pouce de largeur fut excisée de manière à ce que cette largeur intéressât le bord osseux antérieur pour un quart de pouce, et le bord postérieur pour un demi-pouce. Les esquilles furent enlevées et l'on fit cesser la dépression. Les deux incisions longitudinales passèrent sur le grand sinus falciforme sans que son intégrité en souffrit pour le moins du monde.

Fracture du pariétal gauche par arme à feu.

Obs. IV. — Une balle ayant frappé le pariétal gauche près de son bord supérieur, les deux tables osseuses étaient déprimées, principalement l'interne; il manquait au milieu de la partie déprimée une portion d'os qui avait été poussée dans la cavité du crâne un peu en avant et à gauche du bord de la fracture. Une couronne de trépan ne pouvait pas circonscrire toute la partie fracturée; j'excisai, à l'aide de l'ostéotome, une pièce carrée dont le côté droit longeait le grand sinus longitudinal sans le blesser. Le but de l'opération fut parfaitement atteint. C'est dans les angles de la plaie de l'os que les bourgeons charnus commencèrent à se former.

Fracture du temporal gauche par arme à feu.

OBS. V. — Une balle avait détaché une portion d'os dans la région temporale gauche et l'avait poussée dans la cavité crânienne ; les bords de l'ouverture qui en résulta étaient considérablement déprimés en dedans ; le cuir chevelu donnait la sensation comme s'il était décollé dans une certaine étendue ; les incisions donnèrent issue à un pus sanieux et montrèrent l'os décoloré. Ces circonstances et les troubles fonctionnels indiquaient la présence de pus dans l'intérieur du crâne. La plaie de l'os fut circonscrite avec l'ostéotome, de manière à enlever, conformément à sa configuration, un pentagone osseux d'une grandeur moyenne. On fit cesser la dépression, on enleva le fragment détaché et on donna issue au pus. Pour produire les mêmes effets avec le trépan, il aurait fallu, d'après mon jugement et celui de toutes les personnes présentes à l'opération, appliquer plusieurs couronnes et pratiquer une bien plus grande perte de substance osseuse, doublement fâcheuse à cet endroit du crâne.

Ces opérations, faites en présence d'un nombre considérable de médecins et de chirurgiens, qui tous, étonnés d'abord de l'aspect compliqué de la scie, le furent bien plus encore après avoir reconnu la grande simplicité de sa manière d'agir, donnèrent lieu aux considérations suivantes.

1° Le but de l'opération fut toujours complétement atteint en enlevant la moindre quantité possible de substance osseuse, tandis qu'avec le trépan on aurait été forcé d'aller bien au-delà de ce qu'il était strictement nécessaire.

2° Dans aucun de ces cas, quelque grandes qu'eussent été les difficultés de ces opérations, la dure-mère ne fut blessée par la scie.

3° Je n'ai jamais été forcé d'interrompre l'opération pour nettoyer l'instrument ou le sillon de la sciure, celle-ci étant entraînée au fur et à mesure par le mouvement continu de la scie, qui se fait de bas en haut.

4° Après avoir acquis par l'exercice l'habitude et l'habileté nécessaires, j'opérais bien plus rapidement avec l'ostéotome qu'on ne pourrait le faire avec le trépan. Je me convainquis bientôt que, même sans couvre-scie, l'emploi de l'ostéotome présente plus de sûreté, et cela par les raisons suivantes :

a. Le point d'appui pendant l'action de l'ostéotome se trouve en dehors de la partie qu'on veut enlever, sur la partie saine du crâne, tandis que le contraire a lieu pour le trépan et la tréfine, et qu'ainsi le danger de produire une dépression est plus grand ;

b. Il est bien plus facile de sentir et d'entendre si le crâne est percé par l'ostéotome, dont la pointe agit sur un seul point, qu'avec le trépan, dont les dents agissent en même temps sous tous les points d'un cercle ;

c. En employant l'ostéotome, la main conserve toute la finesse du toucher, tandis que ce dernier est presque aboli pendant l'action du trépan et de la tréfine par l'effort des muscles qu'on est forcé de faire en pressant et sciant en même temps, et par l'ébranlement considérable que produit la trépanation, ébranlement que j'ai observé toutes les fois que j'ai trépané ou vu trépaner, et dont l'action de l'ostéotome est tout-à-fait exempte. C'est par cette raison aussi que je me suis habitué à me passer du couvre-scie, et j'ai gagné étonnamment en célérité sans perdre en sûreté.

Pour ne pas abuser de la patience de nos lecteurs, nous ne citerons parmi les ouvrages qui contiennent des jugemens des chirurgiens allemands et de plusieurs Facultés allemandes, que les suivans :

Notices d'histoire naturelle et de médecine, par Froriep. Octobre 1830, mai 1832, octobre 1832;

Correspondance médicale de la réunion médicale de Wurtemberg. Stuttgard, 1834, troisième année, n° 10;

Annales de médecine de Leipsick, par le docteur Schmidt. Volume I, cah. 3.

Mais le jugement des chirurgiens français, basé sur les essais nombreux qui ont été faits sur le cadavre dans les hôpitaux, et qui jusqu'ici a été si favorable à l'ostéotome, pourra se former désormais d'après les opérations faites sur le vivant dans les hôpitaux de Paris. L'apophyse coracoïde a été enlevée avec facilité avec l'ostéotome sur un malade opéré par M. Roux, où l'application de la scie à chaîne avait été tout-à-fait impossible.

A l'hôpital Saint-Louis, M. Jobert a fait l'excision de l'arcade zigomatique avec une facilité dont il a été lui-même étonné. Ces deux opérations sont décrites dans d'autres journaux ; nous y joignons la description de deux autres faites dans les salles de M. Ricord, et dont il a eu l'obligeance de nous donner l'observation en permettant de les joindre à notre mémoire.

Carie du frontal ; emploi de l'ostéotome de M. HEINE ; *observation recueillie* par M. RAMPON, interne.

OBS. VI. — Bocquier Charlotte, âgée de 56 ans, contracta, il y a environ 25 ans, un écoulement blennorrhagique très-abondant, et qui persista très-long-temps malgré les bains, la tisane sudorifique et six semaines de frictions mercurielles à un gros par jour. Un an après des chancres se développèrent consécutivement dans la bouche. Second traitement qui consista en huit bouteilles d'une liqueur blanche comme du lait, très-amère, dont on administrait une cuillerée matin et soir dans un verre d'eau, et qui fut suivi de la disparition des symptômes.

Plusieurs années s'écoulèrent sans apparition d'aucun symptôme syphilitique. Mais il y a environ neuf à dix mois (sans nouvelle infection au rapport de la malade), de grosses pustules à base rouge et enflammée, à sommet purulent, se sont développées sur les lèvres supérieure et inférieure et vers les commissures, de manière à embrasser la bouche dans toute sa circonférence en se prolongeant sur le menton et les joues. Elles n'ont pas tardé à se recouvrir de larges croûtes, épaisses, d'un jaune brunâtre, qui, en se détachant, ont laissé au-dessous d'elles des ulcérations profondes et grisâtres. Troisième traitement : sirop sudorifique et tous les matins, pendant

trois mois, une cuillerée de liqueur de Van-Swiéten dans une tasse de lait. Les ulcérations des lèvres se sont rapidement cicatrisées, mais en même temps une tumeur a commencé à se développer sous la peau qui recouvre le frontal, un peu au-dessus de la bosse nasale; et est parvenue peu à peu jusqu'au volume d'un œuf, au milieu de douleurs profondes assez vives pour causer fréquemment des insomnies. Une assez grande quantité de pus s'est enfin écoulée; l'ulcère qui a été la suite de cet abcès s'est agrandi par l'ulcération progressive de la peau qui formait ses bords, et le frontal a été mis à nu dans une assez grande partie de son étendue.

Lors de l'entrée de la malade à l'hôpital du Midi, le 16 septembre 1834, elle était dans l'état suivant. Le front est le siége d'une large ulcération qui offre au moins quatre pouces de long sur trois environ de large; les bords sont irréguliers, frangés, recouverts de croûtes épaisses, jaunâtres, qui, détachées avec précaution, laissent voir au-dessous d'elles des ulcérations plus superficielles, n'intéressant qu'une partie de la peau, irrégulières, à fond grisâtre, fournissant une abondante suppuration. Au fond de l'ulcération principale le frontal se trouve à nu dans l'étendue indiquée; il est sec, et mouillé seulement par le pus qui coule des bords de l'ulcération, car il ne fournit pas lui-même de suppuration. Il offre une couleur jaunâtre qui devient brune dans certains points. On ne peut dire d'avance jusqu'à quelle profondeur pénètre la nécrose.

Les lèvres supérieure et inférieure sont couvertes d'anciennes cicatrices blanches. Il n'existe pas ailleurs de trace de maladie. L'intelligence est un peu obtuse; les organes des sens sont intacts; l'état général assez bon, quoique le tempérament soit lymphatique et la constitution un peu détériorée. (Pr. : orge miellé, cataplasme pour faire tomber les croûtes.)

Le 18. La présence du docteur Heine, muni de son ostéotome, détermine M. Ricord à enlever, plutôt qu'il ne l'aurait fait sans cela, la portion d'os nécrosée

La malade est couchée sur un lit, la tête sur un oreiller un peu dur, exposée au jour; l'ulcération soigneusement abstergée, on écarte doucement ses bords au moyen de spatules, afin de faire agir l'instrument sur une portion saine de l'os. En moins de cinq minutes toute la largeur de l'os qui doit être enlevée, est circonscrite par un sillon irrégulier qui dessine le contour de l'ulcération et pénètre jusqu'au diploë. Jusque-là l'opération a été très-rapide, mais ici commence un temps beaucoup plus long, pendant lequel on doit enlever toute la nécrose qui a été circonscrite dans le premier temps. Pour cela on trace avec l'instrument des sillons parallèles très-rapprochés, qui laissent entre eux des arêtes saillantes que l'on attaque à l'entour, et l'on parvient longuement, au bout d'une grande heure, à faire disparaître tout ce qui avait été circonscrit et dans l'épaisseur que nous avons indiquée. L'os se trouve sain sur les bords; mais inférieurement et vers la partie moyenne la nécrose pénètre plus avant; on continue donc à attaquer comme les précédentes cette partie plus profonde, et l'on forme ainsi au bout d'une demi-heure environ, trois plans qui diminuent progressivement de largeur à mesure qu'ils deviennent plus profonds, et dont le dernier conduit jusqu'à la dure-mère, que l'on met à nu dans l'étendue d'un pouce de long sur un demi-pouce de large. On aperçoit très-bien alors les mouvemens de soulèvement du cerveau parfaitement isochrones aux battemens des artères. Quant au mouvement de turgescence, il n'est nullement appréciable. Il ne survient pas le moindre accident pendant l'opération qui n'a pas été douloureuse. On panse avec la charpie sèche.

Le lendemain un peu de céphalalgie; pouls très-légèrement fébrile.

Le 20. La suppuration commence à s'établir.

Le 25. L'état de la peau autour de l'ulcère est à peu près le même, seulement elle n'est plus recouverte de croûtes et le suppuration y est moins abondante; la surface osseuse du premier plan, le plus superficiel, n'a bougé en aucune manière et présente à peu près le même aspect que le jour de l'opération. Ce n'est que dans le point profondément attaqué par la scie, et particulièrement sur la dure-mère, que la suppuration est bien établie et que des granulations rosées commencent à paraître; point de fièvre; point d'accidens d'aucune espèce. (Pr. : fomentations avec une forte infusion de camomille tiède, à laquelle on ajoute plus tard un peu de vin.)

On continue ainsi jusqu'au 30 sans accident d'aucune espèce.

1er Octobre. Les bourgeons charnus ont fait quelques progrès dans le voisinage des points où ils s'étaient développés; mais les portions d'os qui n'ont pas été profondément attaquées par l'instrument demeurent dures, jaunâtres et ne paraissent nullement disposées à bourgeonner. M. Heine fait donc une seconde application de l'ostéotome, et enlève toutes les parties qui résistaient à la suppuration jusqu'à ce que l'on voie le tissu devenir rougeâtre et légèrement saignant sous le fer de la scie. Point d'accident pendant cette nouvelle opération. (Pr. : pansement des bords de l'ulcération avec le cérat mercuriel; fomentations avec la camomille vineuse sur l'os.)

Le 5. Les points profondément attaqués dans la dernière opération suppurent et bourgeonnent. Dans les autres points et surtout sur les côtés l'os demeure sec et semble disposé à suivre les périodes de l'exfoliation; les bourgeons charnus du centre grandissent tous les jours, de sorte que les mouvemens du cerveau sont beaucoup moins apparens, quoique perceptibles; l'état des ulcérations des bords est très-satisfaisant; dans plusieurs points elles sont cicatrisées; et tout porte à croire à un succès complet, sauf les lenteurs inévitables de la cicatrisation.

Cancer du corps et de la branche droite du maxillaire inférieur. — Ablation de la moitié droite de cet os à l'aide de l'ostéotome. — Observation communiquée par M. RICORD.

Obs. VII. Il s'agit d'une altération cancéreuse du corps

du maxillaire inférieur, existant chez un homme de 49 ans, et dont l'origine remontait au mois de mars 1832. L'affection s'étendait de la première grosse molaire droite au col du condyle, avec altération fongueuse des gencives, engorgement squirrheux de la glande sous-maxillaire et de plusieurs ganglions lymphatiques voisins, formant une tumeur du volume d'un œuf de dinde. Un autre engorgement du volume d'une grosse noix, et dû à un ganglion lymphatique, siégeait sur la carotide primitive, au-dessous de la jugulaire interne et du muscle omoplat-hyoïdien. Les parties molles de la joue étaient saines.

Ce malade avait été vu par MM. Marjolin et Dupuytren, qui avaient reconnu la nature cancéreuse de la maladie.

Une opération seule pouvait amener la guérison. Je me décidai à opérer le malade en présence de MM. Dieffenbach de Berlin, Cullerier, Gueymar, Philips, Weber, etc., à ma maison de santé, rue de l'Oursine.

Le malade étant assis sur une chaise, et la tête fixée par un aide, je pratiquai une incision à convexité inférieure, étendue de la partie antérieure du conduit auditif externe, en descendant au niveau du bord inférieur du corps du maxillaire inférieur pour remonter, par le côté droit du menton, jusqu'à six lignes de la commissure droite des lèvres. Cela étant fait, une seconde incision, partant de la lèvre inférieure de la plaie résultant de la première, fut pratiquée sur le côté droit du col, en passant sur la partie muqueuse de la tumeur, et prolongée, dans l'étendue de trois pouces, jusqu'au-dessous de sa partie inférieure. Il fut alors facile de mettre l'os à découvert en disséquant et éloignant les lambeaux. La première grosse molaire fut extraite. L'ostéotome de M. Heine fut aussitôt appliqué immédiatement en arrière de la seconde petite molaire, et l'os fut scié sans lésion des parties molles et sans ébranlement, avec la plus admirable rapidité et une facilité que n'a jamais présenté aucune des scies connues jusqu'à ce jour. Dès que l'os fut divisé dans ce point, je le détachai des parties saines et fis en même temps la dissection de la tumeur sous-maxillaire; mais arrivé à la base de l'apophyse coronoïde, où j'avais l'intention d'appliquer de nouveau l'instrument ingénieux de M. Heine, je m'aperçus que l'affection montait plus haut, et me décidai à pratiquer la désarticulation. Pour cela, je contournai l'apophyse coronoïde avec un bistouri, de manière à couper les attaches du temporal; abaissant ensuite fortement le fragment, je coupai toutes les parties molles qui y adhéraient en rasant toujours l'os pour éviter la lésion des vaisseaux voisins. Le ligament interne de l'articulation fut coupé à l'aide d'un bistouri droit aigu, tenu de la main droite, tandis que l'indicateur gauche le dirigeait en le précédant de sa pulpe; puis le ligament externe fut divisé à son tour, ainsi que la capsule, et l'os se trouva détaché.

Jusque-là aucun vaisseau important n'avait été divisé; l'artère faciale coupée n'avait fourni du sang qu'un seul moment, et n'avait pas dû être liée; mais en contournant le condyle pour le séparer de ses parties molles, la maxillaire interne fut intéressée seulement à sa partie antérieure, et fournit un jet de sang assez volumineux, et surtout lancé du fond de l'énorme plaie résultant de l'opération avec une grande impétuosité et quelque chose d'effrayant. Cependant une éponge fut de suite placée de manière à la comprimer, et une aiguille courbe, armée d'un fil double, passée dessous, permirent de placer un fil de chaque côté de l'ouverture et de lier de façon à arrêter sur-le-champ l'écoulement du sang. Ce temps de l'opération étant terminé, je fis la dissection du ganglion inférieur en écartant la veine jugulaire interne, en soulevant le muscle omoplat-hyoïdien et en disséquant sur la carotide, qui communiquait ses mouvemens au ganglion que j'enlevais, sans toucher à aucune des parties si nombreuses et si importantes à ménager dans cette région, et surtout en évitant l'ouverture des veines qui, comme on le sait, peut produire les accidens les plus fâcheux.

L'opération terminée, et le malade ayant été laissé un quart d'heure, pour m'assurer qu'aucune artère ne donnait, je fis la réunion immédiate, à l'aide de la suture entortillée, d'après les excellens préceptes de M. Dieffenbach, présent à l'opération. Le menton fut soutenu à l'aide d'une bandelette de diachylon, et la joue et le front couverts de compresses imbibées d'eau froide, souvent renouvelées. Au moment de la division des parties molles au niveau du côté externe de l'articulation temporo-maxillaire, à la suite de la lésion inévitable de la septième paire de nerfs, il y a eu une rétraction de la face et un peu de paralysie de l'orbiculaire de la paupière droite, l'œil ne pouvant plus se fermer complétement, devenant rouge et pris de larmoiement. J'abaissai la paupière supérieure à l'aide d'une bandelette de diachylon : de cette manière je remédiai à cet accident, qui depuis a presque complétement disparu, la paralysie diminuant de jour en jour de la manière la plus remarquable.

Une saignée du bras, trois applications de sangsues au cou, et des applications d'eau froide, ont été faites pour prévenir une trop vive inflammation. La réunion par première intention s'est faite à la joue de la manière la plus complète, sauf dans l'angle inférieur de la plaie, que j'ai tenu ouvert avec une mèche, pour faciliter l'écoulement du pus. Au troisième jour toutes les épingles étaient enlevées.

Le malade, arrivé aujourd'hui au quinzième jour de l'opération, n'a éprouvé aucun accident : il se promène, prend des alimens liquides et mous, et la seule difformité qu'il a d'apparente consiste dans un peu d'aplatissement de la joue droite.

REVUES CLINIQUES.

Revue des cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu de Paris, pendant les mois d'août et septembre.

Dans notre précédente revue clinique nous avons fait ressortir les avantages obtenus par les purgatifs dans le

traitement de la fièvre typhoïde. Le succès de cette médication ne s'est pas démenti. Sur quatre-vingt-cinq malades affectés de cette maladie et observés dans les salles de médecine desservies par M. Piédagnel, cinq seulement ont succombé à la violence des symptômes auxquels ils étaient en proie. Les autres n'ont pas éprouvé les langueurs de ces convalescences pénibles, compagnes ordinaires du traitement antiphlogistique. Remarquons en outre que l'affection typhoïde combattue par les effets évacuans de l'eau de Sedlitz n'a pas offert à notre examen ces complications fréquentes et dangereuses qui se manifestent si souvent pendant la durée de cette fièvre.

M. de Laroque a donc rendu un service à l'humanité, en rappelant l'attention des médecins sur les avantages salutaires de cette méthode évacuante. Les beaux succès de sa pratique vengent assez les purgatifs du discrédit injuste dont voulut les gratifier la doctrine du Val-de-Grâce. Si les praticiens de l'époque n'avaient pas été fascinés par les sophismes de ce système, ils n'en déploreraient pas aujourd'hui les conséquences meurtrières. Avait-on oublié qu'en 1824 une épidémie de fièvres typhoïdes menaça de décimer la population de Naples? L'expérience apprit bientôt aux médecins d'Italie que la méthode évacuante était le moyen le plus efficace pour s'opposer aux progrès du mal.

De plus nous avions fait remarquer que l'affection typhoïde présentait dans ses caractères plus d'un point d'analogie avec la variole. La similitude des symptômes dans ces deux maladies est quelquefois si frappante, surtout au début, qu'il devient souvent impossible de les différencier entre elles. L'observation qui suit vient à l'appui de cette opinion. Je suis heureux de pouvoir la communiquer avec détail à nos lecteurs.

Affection typhoïde sous forme inflammatoire. — Prescription des saignées et des chlorures. — Variole confluente. — Emploi des toniques. — Mort.

Obs. I. — Au n° 19 de la salle Ste.-Madeleine se trouve placé un malade âgé de 16 ans, faible de constitution et maladif depuis un an. Il rapporte à huit jours l'invasion de sa maladie, qui, d'après lui, aurait débuté par de violentes douleurs de tête et de ventre.

Aujourd'hui 1er août, ce jeune homme est dans un état de somnolence continuel; il répond difficilement et avec lenteur aux questions qui lui sont adressées; il a perdu l'appétit, mais une soif ardente le dévore. Son agitation dans la nuit est extrême; le délire et une constipation opiniâtre, qui persiste depuis huit jours, sont au nombre des principaux symptômes de sa maladie. La prostration des forces est extrême; le malade, couché sur le dos, les paupières à peine entr'ouvertes, et la bouche béante, tient les jambes fortement écartées l'une de l'autre, et conserve la droite dans une flexion presque complète. La peau est uniformément rouge; elle présente au toucher sécheresse et chaleur; la figure, d'une coloration animée, porte l'empreinte de l'inquiétude et de la douleur; le malade est tourmenté de douleur abdominale très-vive, et accuse en même temps une céphalalgie violente. Quelques taches rosées légèrement saillantes sont éparpillées sur le ventre et la poitrine; l'abdomen rend à la percussion un son sonore, et une pression modérée dans la fosse iliaque droite donne à l'oreille un bruit de gargouillement. Du reste, rien de particulier fourni par l'examen des organes contenus dans la cavité thoracique. Le malade a bien expectoré trois à quatre crachats muqueux, mais sans effort, sans toux et sans douleur à la poitrine. Le pouls bat 130 fois par minute. On diagnostique une fièvre typhoïde sous forme inflammatoire, et le professeur indique la prescription suivante : saignée, 6 onces; petit-lait chlor. à 10 gouttes par pinte; solution de sirop de gomme chlorurée et émuls.; lavemens chlor.; cataplasmes chlor.; lotions chlor. quatre fois; bain chloruré.

Le 2 août. Le vomissement persiste; le malade exhale sa douleur par des plaintes répétées; s'il sort de son assoupissement, c'est pour demander à étancher sa soif; sa physionomie exprime la souffrance; ses yeux sont très-rouges; la conjonctive palpébrale gauche est même enflammée; la langue devient sèche et collante; le délire a persisté toute la nuit: le sang tiré par la phlébotomie, a coulé de la veine difficilement; il n'offre aucun changement remarquable dans les apparences physiques; le pouls est toujours fréquent, et les douleurs abdominales sont encore plus intenses que la veille. Presc. : 6 sangsues aux apoph. mast.; les chlorures; compresses imbibées d'eau froide sur la tête.

Le lendemain le délire est continuel; les dents, salies de féluginosité noirâtre, donnent de la fétidité à l'haleine du malade; la langue est desséchée et comme raccornie; des sillons plus ou moins profonds la parcourent dans divers points de sa surface; une éruption de nature varioleuse s'est manifestée à la peau, et l'examen des bras du malade n'offre aucune cicatrice apparente de vaccine. Prescription : potion f. a. un gros ext. quinq.; 2 gros; acétate d'amm.; éther, 20 gouttes; véhicule, 4 onces; 2 pots eau de riz édulcorée; sirop de gomme.

Le 4. L'éruption languit; néanmoins le délire a cessé; l'expression de la face est plus satisfaisante; le pouls donne 115 pulsations par minute. Un grand nombre de petits boutons blanchâtres sont disséminés sur le voile du palais. (Eau de riz avec le s. quinq.; même potion que la veille.)

Le 5. Les boutons de la face se dessinent mieux, ils prennent une forme conique et une couleur rouge plus foncée. Il y a plus de réaction à la peau; le pouls est tombé à 96 pulsations; le ventre est toujours douloureux. Presc. : eau de riz; s. quinq.; lav. avec laud. liquid., 8 gouttes; catapl. opiacé sur l'abdomen.)

Les jours suivans les nuits sont agitées; l'éruption varioleuse ne suit sa marche qu'avec une extrême lenteur; les boutons, au lieu d'être distendus par une matière purulente bien liée, contiennent une sérosité limpide; le pouls est à 96 pulsations; le malade a eu plusieurs déjections involontaires; son ventre est souple

et peu douloureux. (Même prescr.; infusion camomille; deux vésicatoires aux jambes.)

Le 7. Assoupissement profond; langue sèche; gencives recouvertes d'une pellicule brunâtre; boutons affaissés, blanchâtres, rouges à leur circonférence, et intimement rapprochés; ils présentent l'aspect d'une membrane grisâtre qui recouvrirait toute la surface cutanée du malade. Bientôt des croûtes jaunâtres se détachent du pourtour de ses lèvres et de ses yeux, les pustules se dépriment à leur sommet, et ne renferment plus qu'une sérosité sanieuse et grisâtre. Enfin, dans les derniers temps de la maladie, une réaction fébrile très-intense a lieu du côté de la peau; des frissons et des tremblemens continuels, un colapsus profond, et des déjections involontaires caractérisent les dernières scènes morbides. Le malade répand autour de lui une odeur de moisissure infecte; son pouls devient misérable: il meurt dans la nuit du 16 août.

La nécropsie n'offre rien de particulier. L'habitude extérieure du cadavre présente l'aspect hideux de toutes les victimes de la variole confluente. Les méninges laissent apercevoir de légères traces de phlogose; l'arachnoïde, dans plusieurs points, est épaissie et enflammée; on serait tenté de croire à l'existence de quelques pustules varioleuses sur les membranes. Le canal intestinal fournit quelques indices d'inflammation de la muqueuse digestive. Enfin la trachée est le siége de plusieurs ulcères variables par leurs formes et leur étendue, et la rougeur du pharynx décèle la phlogose de ce conduit.

L'erreur de diagnostic commise les premiers jours d'examen de la maladie fut bientôt rectifiée par l'apparition de l'éruption varioleuse à la peau. Mais le caractère de gravité qui accompagnait cette affection était bien de nature à inspirer des craintes et à dicter sur ses suites un pronostic fâcheux. Peut-être aussi y avait-il complication de ces deux maladies. Ce n'étaient point des boutons varioleux, coniques, saillans, pointus et d'un rouge vif qui faisaient éruption à la peau; ce n'étaient point des pustules grosses, remplies d'un pus blanc et entourées d'une auréole rouge qui caractérisaient cette phlegmasie cutanée; mais au contraire des boutons déprimés, offrant plus de saillie aux yeux qu'au toucher, d'une couleur violacée et intimement rapprochés les uns des autres. Ces pustules avaient l'aspect d'un boursouflement général de l'épiderme soulevée par une sérosité sanieuse et d'un noir brunâtre. A de pareils symptômes qui méconnaîtrait la variole confluente dans son *summum* d'intensité! Sur dix-sept observations d'affections varioleuses que nous avons recueillies dans les salles cliniques de M. Chomel, trois malades ont succombé, et aucun des trois n'avait été vacciné. Dans la majorité des cas où des cicatrices apparentes témoignaient les bienfaits de la vaccination, la maladie a suivi une marche régulière et a offert les symptômes bénins de cette variole discrète si avantageusement modifiée par le virus vaccin. La nécropsie donnait comme principale lésion anatomique des ulcérations au larynx et à la trachée, variables par leurs formes et leur étendue.

Les évacuations sanguines mises en usage chez le jeune homme qui fait le sujet de notre observation, loin de produire un amendement dans les symptômes en ont augmenté la gravité. L'état comateux est survenu, les lèvres se sont desséchées et leur durcissement a produit un obstacle à la parole. Les excitans diffusibles et les toniques employés plus tard pour combattre l'atonie et faciliter l'éruption varioleuse, restèrent sans effet apparent; l'ensemble des phénomènes, les commémoratifs et la fréquence des affections typhoïdes firent classer le malade dans la catégorie de ceux atteints de cette dernière fièvre. Cependant les douleurs lancinantes qu'il ressentait dans les reins étaient si vives que, pour terme de comparaison, il supposait que des lames de couteaux lui étaient enfoncées dans la région lombaire. Ce symptôme, l'un des plus constans dans la variole, manque souvent dans l'affection typhoïde. L'enfant succomba le vingt-quatrième jour de la maladie dans un état adynamique complet et présentant quelques symptômes de résorption purulente.

Fièvre intermittente tierce. — Emploi du sulfate de quinine par la méthode endermique. Guérison.

Obs. II. — Il est entré au n° 36 de la salle Ste.-Madeleine, un malade atteint de fièvre intermittente tierce. Il a déjà eu trois accès: le premier le mercredi; le second le samedi, et le troisième le lundi. La fièvre se déclara ces jours-là à une heure de l'après-midi, et ne céda que bien avant dans la nuit. Chacun de ces accès est caractérisé par des frissons, des tremblemens, des claquemens de dents qui durent environ deux heures. Après cette période de froid survient celle de chaleur, enfin la moiteur termine l'état fébrile. Au sortir de l'accès le malade ressent une fatigue aussi grande que s'il s'était livré à des exercices violens; il éprouve de la céphalalgie, de la soif et de légères envies de vomir. L'examen le plus attentif ne peut faire découvrir la moindre augmentation dans le volume de la rate. Prescription: 3 bouillons, 2 crêmes, riz, tisane amère.

Le 2 août, le malade a eu son accès à la même heure, mais avec une intensité moindre dans les symptômes. (Même régime, même prescr.)

Le 4, nouvel accès plus fort que tous les précédens; il a devancé son heure en se déclarant à dix. Le malade est inquiet; sa rate semble avoir légèrement augmenté de volume. (Même prescr.)

Le 6, retour de la fièvre encore à dix heures, et accroissement dans la violence des symptômes.

On prescrit le 8 six gros de sulfate de quinine, qui seront appliqués à l'épigastre par la méthode endermique, une heure avant l'accès. Malgré cette médication, nouvelle apparition de la fièvre, mais avec une intensité bien moindre; la période de froid n'a duré qu'une heure au lieu de sept. Le pouls de ce malade offre une anomalie assez singulière; il ne donne que 44 pulsations par minute. Cependant le sujet est jeune et fortement constitué.

Le 10, l'accès n'a point reparu; la convalescence du

malade est rapide : on lui donne 6 grains de sulfate de quinine par la bouche, comme moyen préservatif, et il sort complétement rétabli.

La méthode endermique peut être considérée comme un moyen des plus puissans pour faciliter l'action médicamenteuse de certains agens thérapeutiques. Leur emploi par la surface cutanée dépourvue de son épiderme semble produire des résultats beaucoup plus efficaces et beaucoup plus prompts que ceux qui résulteraient de leur administration par la bouche. On connaît les heureux effets de l'acétate de morphine appliqué par la méthode endermique au traitement de certaines névralgies. Ces premiers essais conduisirent à chercher si dans les fièvres intermittentes, le sulfate de quinine administré par la même voie, n'agirait pas plus sûrement pour combattre ou prévenir les accès, que s'il était confié aux absorbans du tube intestinal. A cet effet, des expériences furent tentées par M. Chomel à l'Hôtel-Dieu, et l'observation qui précède est au nombre de ces dernières. On a pu se convaincre que l'application de quelques grains de sulfate de quinine sur le derme dénudé, suffit pour prévenir le retour de l'accès ; mais une condition indispensable pour obtenir ce résultat, c'est la nécessité d'employer cette médication au moins une heure avant le retour de la fièvre. Néanmoins, nous pourrions rapporter un cas où l'administration du spécifique par voie des absorbans de la peau, trois quarts d'heure avant l'accès, s'était opposée à sa reproduction. Les avantages de cette méthode sont incalculables, si l'on en fait l'application aux cas de fièvres intermittentes pernicieuses, dans lesquelles les jours du malade sont fortement compromis, et où l'intervalle qui sépare les accès entre eux est trop court pour donner au sulfate de quinine porté dans l'estomac le temps de développer sa puissance médicatrice. Dans d'autres circonstances, la susceptibilité du tube digestif enflammé ou non, l'idiosyncrasie du sujet, ne permettant pas l'injection du spécifique dans le canal intestinal, son emploi par la méthode endermique dans les cas de nécessité urgente sera pour le praticien une ressource salutaire. Remarquons cependant que des doses énormes de sulfate de quinine ont été données à des malades sans susciter chez eux les moindres désordres inflammatoires.

Pour bien s'assurer de la valeur thérapeutique de ce médicament, il faut observer plusieurs accès, afin d'évaluer leur degré d'intensité et de durée. Souvent il arrive que la diète, le repos, le changement de lieux et d'habitudes font tous les frais de la cure des fièvres intermittentes. Par trop de précipitation dans l'emploi du médicament, on pourrait attribuer à son action des propriétés qui lui sont complétement étrangères.

Les essais comparatifs auxquels nous avons assisté nous ont amenés à cette pensée, que le sulfate de quinine porté dans la bouche ne peut prévenir l'accès, s'il n'est pas administré de douze à vingt-quatre heures avant son apparition ; tandis que par la méthode endermique une heure et demie dans l'application de ce médicament suffit pour qu'il développe sa vertu fébrifuge. Employé trois quarts d'heure avant le retour de la fièvre, il peut encore en diminuer l'intensité et la durée. Chez deux malades, son application sur la surface dénudée de la peau, une heure avant l'accès, en a constamment modifié la force. Par la méthode endermique, on peut porter la dose du sulfate de quinine jusqu'à 12 grains. Il est probable alors que 4 seulement seront absorbés, mais cette quantité est suffisante pour s'opposer au développement de la fièvre.

Une dernière question, relative à ce mode d'administration, est celle de savoir si le sulfate de quinine ainsi employé jouira de la propriété de prévenir les rechutes, si fréquentes dans les fièvres intermittentes. Nous ne possédons pas un assez grand nombre de faits pour émettre notre opinion à ce sujet. Nous n'ignorons pas pourtant qu'un malade, délivré de ses accès par la méthode endermique, et traité dans le service de M. Chomel, a rechuté. Il reçoit maintenant les soins de M. Piédagnel dans la salle Sainte-Martine, au n° 7. Le sulfate de quinine, administré par la bouche, a promptement fait justice de ces nouveaux accès. Une observation bien digne de remarque, c'est que le quinquina en substance s'oppose bien mieux à la récrudescence des symptômes de la maladie que le sel généralement employé pour la combattre.

Ajoutons enfin que dans la majorité des cas de fièvres intermittentes, l'augmentation du volume de la rate est un phénomène constant, surtout au déclin de la fièvre : l'observation qui précède fait foi en partie de cette assertion.

Érysipèle à la face. — Emploi successif des saignées et des purgatifs. — Guérison.

Obs. III. — Une fille âgée de 21 ans, couturière de profession, d'une constitution grêle et n'ayant jamais eu ses règles, fut admise au n° 16 de la salle St-Lazare. Elle se rappelle avoir eu il y a deux ans un érysipèle à la face, qui fut bientôt suivi de l'apparition de la variole. Depuis quatre jours seulement cette jeune fille ressent des douleurs de tête, des maux d'estomac et des étourdissemens continuels.

Hier, 31 juillet, elle s'est décidée à entrer dans les salles cliniques de l'Hôtel-Dieu. Une saignée fut jugée nécessaire : on la pratiqua sur-le-champ, et le sang tiré de la veine présente aujourd'hui une couenne inflammatoire très-épaisse. Du reste, voici l'état dans lequel se trouve la malade examinée à la visite du matin. En proie à une céphalalgie violente, elle n'a pu sommeiller la nuit ; les ganglions du col sont d'un rouge érysipélateux ; les joues, rouges, tuméfiées, tendues, sont parsemées de bulles irrégulières ; cette rougeur et la chaleur fébrile datent du 28 ; les jours suivans avaient été caractérisés par un accroissement dans les symptômes. La malade a vomi à trois reprises différentes des matières vertes et amères ; son épigastre est douloureux à la pression ; la constipation n'a pas cédé depuis le début des premiers phénomènes morbides, et la langue humide se trouve recouverte d'un enduit jaunâtre. Le visage de la

malade est entièrement défiguré par les progrès de l'inflammation érysipélateuse. L'ouverture des paupières est rétrécie ; le nez et la lèvre supérieure sont considérament gonflés ; des pellicules légèrement brunâtres, fendiculées et froncées, recouvrent la muqueuse labiale. La respiration n'offre rien d'anormal ; le pouls donne 120 pulsations par minute. Prescription : saignée de 8 onces ; petit-lait tamarisé ; 5 pots lim. citr. gomm. ; cataplasme; sin. aux pieds ; lav. : diète.

Le 2 août, la malade accuse une intensité plus forte dans la céphalalgie ; le sang extrait par la phlébotomie est couenneux ; la langue est humide et pointillée sur ses bords ; la constipation persiste. Preser. : petit-lait tamarisé ; bouillon avec 1 once de sel de Glauber.

Le 3, selles copieuses et fréquentes ; fièvre modérée ; soif moins vive ; tension et douleur des parties érysipélateuses plus faibles ; on ordonne la limonade citrique, les bouillons aux herbes et l'application de cataplasmes sinapisés aux membres thoraciques et pelviens.

Les jours suivans une amélioration notable se manifeste ; la rougeur de l'érysipèle disparaît : son gonflement diminue ; on ne craint plus qu'il envahisse le cuir chevelu ; le pouls redevient normal ; l'inflammation se résout à vue d'œil ; l'épiderme desséché se détache et tombe par petites plaques ; la malade demande et obtient des alimens.

Le 8, elle est déclarée convalescente, quoique l'œdème des parties qui ont été le siège de la maladie persiste encore.

Le 16, un petit mouvement fébrile se déclare, suivi bientôt de la recrudescence de tous les symptômes. La diète, les lavemens de séné et une potion purgative à 2 gros d'huile de ricin, dissipent dans trois jours ces nouveaux accidens. La rougeur, la tension et le gonflement érysipélateux disparaissent promptement, et cette fois la guérison de la malade est pleinement confirmée.

Jamais question ne fut plus controversée que celle relative à la nature et au traitement de l'érysipèle. Toutes les feuilles médicales périodiques l'ont agitée tour à tour, et cependant les opinions sont encore bien divergentes sur ce point. Sans nous installer juge de ces débats, qu'il nous soit permis de hasarder quelques réflexions à ce sujet. Tous ceux qui ont observé les bons effets des émissions sanguines dans la cure de l'érysipèle, qui et ont appuyé leurs opinions sur des faits bien avérés, ont avancé une vérité thérapeutique incontestable en se déclarant en faveur des anti-phlogistiques. Les pathologistes qui dans d'autres circonstances ont remarqué la salutaire influence des vomissemens, des frictions mercurielles ou du traitement topique local pour borner les progrès de l'inflammation érysipélateuse, ont aussi invoqué des observations multiples en faveur des avantages de ces diverses médications. D'autres médecins enfin qui ont laissé à la force médicatrice les soins de la guérison, se sont loués de leur réserve, et ont déclaré toute thérapeutique de l'érysipèle, sinon imprudente, du moins inutile. En présence de ces trois opinions basées sur l'expérience, cherchons d'où peut provenir la dissidence de leurs auteurs. Si ces différens faits constituent des vérités thérapeutiques comment expliquer la différence des résultats. Evidemment, trois vérités appliquées au même objet, ne pourront jamais devenir contradictoires.

L'érysipèle n'est pas toujours composé des mêmes élémens morbides. Il peut revêtir différens caractères suivant la constitution médicale régnante, l'âge, l'idiosyncrasie du sujet, etc. Cette inflammation peut offrir des complications multiples qui toutes nécessiteront un mode de traitement particulier. Cette différence dans la nature de la maladie explique d'elle-même les effets avantageux des divers traitemens même les plus contraires. Le difficile est de saisir les indications, et cette réflexion peut s'étendre à une foule d'affections morbides. Tel érysipèle se présentera avec un élément bilieux et sera promptement guéri par les vomitifs ; tandis que la même maladie, semblable quant au fond, mais développée sous l'influence d'autres conditions morbides, cédera avec rapidité à l'usage des émissions sanguines. Chez un troisième individu une médication locale topique énergique enrayera tout à coup la marche de l'inflammation érysipélateuse, tandis qu'auparavant la même maladie s'était obstinée à parcourir toutes ses périodes. Il est donc bien important, je le répète, de différencier les élémens des maladies qui, semblables en apparence, présentent néanmoins des indications curatives diverses.

Chez la malade qui fait le sujet de notre observation les émissions sanguines employées dès le début de l'affection, n'ont procuré qu'un amendement passager. Les purgatifs seuls ont produit des effets salutaires et tranchés. Après une guérison apparente nous avons eu recrudescence des accidens, mais avertis par le tâtonnement de la première médication, les évacuans ont dû obtenir la préférence, et on a vu sous leur influence l'érysipèle être guéri promptement. On doit remarquer que les rechutes de cette affection donnent naissance à des symptômes d'une intensité moindre que lors de leur première apparition. M. Chomel a fait observer aux élèves de la clinique que l'engorgement des ganglions lymphatiques du col précédaient souvent et accompagnaient l'érysipèle. Sur 13 cas observés dans ses salles de l'Hôtel-Dieu, six malades ont présenté ce phénomène. La jeune fille dont nous avons rapporté l'histoire avait aussi les ganglions lymphatiques du col engorgés.

Des expériences ont été aussi tentées pour s'assurer de la puissance de certains topiques locaux, dans le traitement de l'érysipèle. Le vésicatoire et le nitrate d'argent ont été employés, soit pour modifier l'inflammation érysipélateuse, soit pour circonscrire les limites du mal. Dans quelques cas l'érysipèle n'a pas franchi la ligne tracée autour de lui par la pierre infernale. Mais lorsqu'il ne présentait pas à sa circonférence un bourrelet saillant et de la dureté dans les tégumens voisins, il franchissait l'obstacle et poursuivait sa marche d'érysipèle ambulant. Ces moyens ont donc paru infidèles à M. le professeur Chomel ; les Anglais pourtant sont enthousiastes de cette médication ; on trouve une raison suffisante de la divergence de ces opinions dans le peu de compte que l'on fait en général de l'état de la mala-

die. Les érysipèles à la face ont été très-fréquens ce mois derniers. L'influence des agens extérieurs, nous n'en doutons pas, doit jouer un grand rôle dans leur développement. La constitution médicale agit quelquefois si puissamment que les moindres opérations deviennent impraticables dans la crainte des complications d'une inflammation érysipélateuse.

Rhumatisme articulaire. — Traitement par les antiphlogistiques. — Emploi d'un vésicatoire. — Guérison.

Obs. IV. — Une femme âgée de 26 ans, est placée au n° 3 de la salle St.-Lazare : elle raconte qu'elle éprouva il y a deux ans des douleurs au poignet droit, qui rendirent impossible pendant quatre mois tout mouvement de cette articulation. Quinze jours auparavant cette femme s'était accouchée d'un enfant venu à terme.

Le 16 juillet elle éprouva des douleurs lombaires très-vives ; bientôt elles quittèrent cette région pour envahir l'épaule gauche. Enfin aujourd'hui, 30 juillet, elles se sont de nouveau fixées au poignet droit. Cette articulation est le siége d'un gonflement considérable, et la fièvre est presque nulle. On prescrit une application de 20 sangsues *loco dolenti*, une tisane de chiendent miellée et trois soupes.

Le lendemain les piqûres des sangsues sont le siége d'une inflammation érysipélateuse ; la douleur persiste, et le pouls est fréquent. Prescr. : saignée du bras, cataplasme, boissons rafraîchissantes.

Le 1er août, la rougeur érysipélateuse n'a pas disparu ; le gonflement augmente ; la douleur est plus vive et la fièvre est modérée. Prescr. : 30 sangsues ; catapl. ; diète ; boissons rafr.

Le 2, l'inflammation érysipélateuse a pris le caractère phlegmoneux ; la rougeur et le gonflement se propagent vers les parties supérieures de l'avant-bras ; du reste, pas de trouble sensible dans les fonctions. Prescript. : 2 bains locaux, un bain général, cataplasme.

Le 3, amendement dans les symptômes ; la rougeur érysipélateuse est moins vive, la douleur moins forte, la tension plus faible. Le mieux se soutient jusqu'au 6, où une purgation avec 2 gros d'huile de ricin combat avec avantage une constipation légère. Cependant la gêne des mouvemens de l'articulation du poignet droit, la douleur continuelle que ressent la malade dans cette région, déterminent l'application d'un vésicatoire. Le lendemain, augmentation dans l'intensité des souffrances ; mais deux jours après le rhumatisme disparaît, et la malade obtient son *exeat* le 21 août, après vingt-deux jours de traitement.

Quelques-unes des idées émises dans nos commentaires sur l'érysipèle trouvent ici une application directe. Nous n'y reviendrons pas. Notre intention n'est pas de discuter en ce moment la nature du rhumatisme ni d'apprécier les meilleurs modes de traitement à lui opposer ; toutes nos réflexions doivent se concentrer sur l'intérêt que peut offrir l'observation présente. D'après les données fournies par la malade sur la durée de la première affection rhumatismale dont elle fut atteinte il y a deux ans, nous avions lieu de craindre que cette nouvelle attaque se prolongeât indéfiniment. Cependant on a vu le mal s'éteindre progressivement, et dans un intervalle de temps peu considérable. Nous n'attribuerons pas les honneurs de la guérison, ni aux émissions sanguines, ni aux purgatifs, ni aux émolliens, ni au vésicatoire ; il est plus vrai de dire que l'inflammation rhumatismale a cessé, parce qu'il n'est pas naturel qu'une maladie se prolonge indéfiniment, et qu'il est conforme à l'observation journalière de voir cette affection se dissiper d'elle-même après vingt ou vingt-cinq jours de durée. Mais pourquoi, dans cette dernière circonstance, le rhumatisme s'est-il promptement amendé, tandis que quelque temps auparavant il avait condamné le même poignet à des souffrances et à une immobilité de quatre mois ? La question est facile à résoudre, si l'on se rappelle que, lors de sa première affection rhumatismale, la malade sortait de couches. Cet état puerpéral a compliqué la maladie en y ajoutant un élément de plus, qui peut à lui seul leur imprimer des caractères bien différens dans sa marche, dans sa durée et dans ses terminaisons. En effet, l'inflammation rhumatismale ordinaire se résout rarement par voie de suppuration, tandis que cet accident est une terminaison fréquente du rhumatisme puerpéral.

Le n° 5 de la salle Saint-Lazare en fournit un autre exemple, et rien n'est plus curieux que le rapprochement de ces deux observations. Cette dernière malade ressentit aussi des douleurs rhumatismales qui se dissipèrent quelque temps après leur développement, sans qu'il fût nécessaire de recourir à une médication énergique. Aujourd'hui, un second rhumatisme s'est déclaré ; il a attaqué cette femme immédiatement après ses couches, et malgré toutes les puissances de la thérapeutique, l'arthritis prend la voie de suppuration, et condamnera la malade à une immobilité de plusieurs mois.

Nous avons appelé le rhumatisme une inflammation ; on pourrait surprendre cet aveu pour mal interpréter nos opinions, ou défigurer le sens que nous attachons à ce mot. L'affection rhumatismale est à notre avis une inflammation *sui generis*, spécifique, offrant un cachet particulier qui la différencie des autres phlogoses ; en effet, elle se termine rarement comme elles par suppuration, et jamais par gangrène. Ce qui la distingue aussi, c'est sa mobilité et sa durée, qui est tantôt de quelques minutes, tantôt de plusieurs heures, et quelquefois enfin tout-à-fait illimitée. Une troisième ligne de démarcation se trouve encore dans la différence des produits de ces deux affections et dans le peu de succès qu'obtiennent les antiphlogistiques pour combattre le rhumatisme. Il est rare, par exemple, que les concrétions tophacées se développent indépendamment de toute affection rhumatismale goutteuse, et que peuvent les émissions sanguines dans le traitement de cette dernière maladie ?

L'hydrochlorate de morphine a été employé par la méthode endermique pour pallier l'intensité des douleurs rhumatismales. Plusieurs fois il a procuré du soulage-

ment aux malades; mais le plus souvent ce médicament est resté sans action. L'opium a été aussi administré à quelques rhumatisans. M. Piédaguel n'a pas craint, dans un cas, de porter la dose de cette substance à 18 grains, et ce praticien distingué nous a prouvé par des faits que l'on exagérait les accidens attribués au narcotisme. Ses malades ont été soulagés par cette médication, qui est restée sans influence, il est vrai, sur la marche de l'affection rhumatismale. Cependant, M. Chomel avait observé que l'emploi des opiacés dans une foule de rhumatismes procurait aux patiens un sommeil si pénible qu'ils ne redoutaient rien tant que de tomber dans cet assoupissement. Les malades suppliaient leurs voisins de lit de les éveiller si une force invincible leur fermait la paupière. De nouveaux essais sont donc nécessaires pour juger de la valeur palliative des opiacés dans le traitement des rhumatismes. Nous tiendrons nos lecteurs au courant du résultat des nouvelles expériences.

Métro-péritonite. — Emissions sanguines. — Frictions mercurielles. — Purgatif. — Mort.

Obs. V. — Une femme, âgée de 47 ans, d'une constitution forte et jouissant, il y a trois semaines, d'une parfaite santé, ressentit tout à coup des douleurs abdominales très-vives avec vomissemens qui persistèrent pendant 24 heures. Une hémorrhagie utérine se déclara peu de temps après; le sang s'écoula pendant seize jours de la vulve sous forme de caillots noirâtres. Depuis sept mois cette femme n'avait pas revu ses règles. Elle était tourmentée cependant par des pertes blanches considérables. L'invasion de sa maladie a été caractérisée par l'inappétence, la soif, la sécheresse et la chaleur de la peau. Examinée le 11 août, son état est le suivant: ventre tendu, sonore à la percussion, douloureux à la pression; matité dans le flanc droit, et céphalalgie légère. Le doigt porté dans le vagin éprouve le sentiment d'une chaleur brûlante; le museau de tanche d'une dureté remarquable, affecte une forme semi-globuleuse; il jouit d'une immobilité parfaite et demeure insensible à la pression. L'utérus, comme enclavé, semble adhérer fortement aux parties voisines; son orifice est presque entièrement effacé. Néanmoins cette femme a eu deux enfans : sa dernière couche qui date de huit ans fut suivie d'une maladie qui dura quinze mois; la peau de cette malade présente une teinte jaunâtre; son pouls donne 116 pulsations par minute. (Prescription : saignée de trois pal., bains, cataplasmes, lavemens, sol. sir. de gros.)

Le 12. Le facies exprime l'inquiétude et la douleur; le pouls est toujours fréquent; le ventre est tendu et douloureux; la malade a vomi à deux reprises des matières verdâtres, mais peu abondantes; le sang tiré de la veine présente une couenne inflammatoire très-épaisse. (Prescription : 30 sangsues sur l'abd., etc.)

Le lendemain le ventre est sonore; les douleurs abdominales sont moins vives : l'hypogastre seul est encore douloureux à la pression; l'intensité de la fièvre est pourtant plus vive; la chaleur de la peau devient âcre et mordicante; la langue est rouge et la soif ardente. (Prescription : saignée du bras, frict. avec une demi-once d'onguent napolitain (bis), lav., sol. sirop de gros.)

Le 14 et le 15 le ventre est plus tendu que la veille; la douleur augmente par la pression; les traits de la face se gripent; le pouls est serré, précipité, intermittent Presc.: frictions mercur. à 1 once et demie.

A la visite du 16 au matin, la malade n'accuse plus de douleur de ventre; l'abdomen est souple; elle a rejeté par le vomissement des matières verdâtres très amères. Presc. : filet à 2 onces (bis); huile de ricin, 1 once et demie.

Les évacuations alvines qu'a déterminées cette purgation, ont soulagé la malade : elle supporte une forte pression sur le ventre sans ressentir la moindre douleur, mais l'appareil fébrile est encore très-intense. Prescription : frict. mercur.; solut. s gros.

Le 18, chaleur à la peau, pouls fréquent, avec intermittence; douleurs abdominales sensibles; envies de vomir et plaintes continuelles. Diminution dans le volume et dans la tension du ventre; perception-distincte dans la région iliaque gauche, d'une rénitence qui commence à 2 pouces de l'épine antérieure et supérieure des os des îles, qui s'étend dans le voisinage de la ligne médiane, et dépasse les pubis de quatre travers de doigt. (Même presc.)

Le lendemain les traits de la face sont décomposés, l'agitation est extrême, des sueurs abondantes couvrent le corps de la malade, son pouls devient misérable et intermittent. Elle meurt le 20 août; à 5 heures du matin.

Nécropsie. — La cavité abdominale est le siége d'un épanchement considérable de sérosité lactescente; le péritoine enflammé est recouvert d'une quantité prodigieuse de fausses membranes. La séreuse des intestins se détache des autres membranes avec une facilité remarquable; la matrice, plus dense que dans l'état normal, présente à son bas fond une injection assez vive. Les viscères des autres cavités n'ont rien offert de particulier.

Malgré l'absence de plusieurs phénomènes qui caractérisent l'inflammation du péritoine, cette maladie dans sa marche insidieuse s'est promptement terminée par la mort. L'intermittence du pouls; une expression indéfinissable de douleur répandue sur la physionomie de la malade; ses plaintes continuelles n'étaient pas des symptômes assez alarmans pour motiver un pronostic fâcheux. Cependant la catastrophe est survenue lorsque les symptômes locaux de l'inflammation péritonéale étaient presque complétement dissipés. Nous avons observé plusieurs fois cet amendement dans les douleurs malgré les progrès rapides de la phlogose de cette séreuse. Dépourvu par lui-même de toute sensibilité, les souffrances ne sauraient être considérées comme caractère essentiel d'inflammation du péritoine; elles sont, il est vrai, compagnes ordinaires de cette maladie; mais leur cause se trouve dans la phlogose des parties environnantes. L'expé-

rience a démontré que les frictions mercurielles sont souvent un moyen efficace dans certaines inflammations. N'auraient-elles pas dans ce cas amendé des douleurs en modifiant la phlogose, du réseau vasculaire, tout en laissant subsister la péritonite dans son maximum d'intensité? Cette supposition ne paraîtra pas entièrement gratuite aux praticiens qui ont vu le soulagement procuré par l'emploi des frictions d'onguent napolitain, coïncider avec les progrès de l'altération péritonéale.

Les émissions sanguines n'ont pas été négligées dès le début de la maladie, mais elles n'ont pu prévenir la violence des accidens. Peut-être convient-il dans l'inflammation du péritoine d'insister davantage sur la saignée locale sans négliger pourtant la phlebotomie si l'état général du sujet l'indiquait. Nos davanciers nous ont laissé pour précepte d'ouvrir la veine dans les inflammations parenchymateuses et d'appliquer les sangsues dans la phlogose des séreuses. L'observation journalière confirme la vérité de cette loi. Cependant on ne doit pas être exclusif dans son traitement, et c'est agir souvent avec prudence que de procéder en thérapeutique par voie de tâtonnement. A. Boyer.

N° du 18.

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

Mémoire sur un nouveau procédé opératoire propre à prévenir la récidive du cancer, par M. MARTINET de la Creuse, ancien interne des hôpitaux.

C'est une vérité depuis long-temps triviale que le cancer une fois bien déclaré fait le désespoir de la chirurgie. On connaît les tristes résultats obtenus par A. Monro, et récemment encore, Boyer portait si loin la défiance de toute opération, qu'il inclinait à rejeter absolument le fer et le feu du traitement du cancer. Plusieurs chirurgiens, à la vérité, ne partagent point des opinions si absolues, et on établit en général une distinction, quant au danger de la récidive, entre le cancer des glandes et celui de la peau. Mais lorsque le mal occupe la mamelle, par exemple; quand il est arrivé à l'état d'ulcération, lorqu'enfin il a déjà récidivé après l'opération et que l'état général semble indiquer une viciation universelle, il est bien peu de praticiens qui osent recourir encore à l'opération ou s'en promettre quelques chances de succès.

A quoi tient donc cette fatale tendance à la récidive? On la conçoit quand l'ichor cancéreux, croupissant dans des ulcérations profondes, a pu être résorbé par les lymphatiques ou les veines, charrié à travers toute l'économie et déposé çà et là dans les organes comme autant de germes de squirrhes et de cancers nouveaux; de même que l'absorption du pus sur une plaie en suppuration donne lieu au loin à des abcès métastatiques. Mais souvent cette infection générale n'est qu'apparente; le cancer demeure local, et cependant il résiste à l'extirpation la plus complète. La cause intime d'un semblable phénomène tient sans doute à la nature même de la maladie, et demeure aussi cachée à nos investigations. Mais du moins pour la mettre en jeu est-il besoin de certaines circonstances favorables; et en écartant ces conditions quasi-essentielles de la récidive, ne pourrait-on pas espérer de prévenir la récidive elle-même?

J'avais remarqué dans les hôpitaux, et dans les auteurs qui ont écrit sur ce sujet, que le cancer récidivait presque toujours (à quelques exceptions près) sur la cicatrice, ou à l'union de celle-ci avec les tissus voisins; qu'on avait d'autant plus de chances pour la guérison solide que la tumeur qu'on enlevait n'était point passée à l'ulcération : ce qui revient à dire, en d'autres termes, que la récidive était moins à craindre quand on opérait sur une partie recouverte par une peau parfaitement saine que lorsque celle-ci était ulcérée. Aussi les auteurs s'accordent-ils à dire que le cancer récidive beaucoup plus souvent que le squirrhe. J'ai même entendu le professeur Boyer, dont l'opinion est ici d'un grand poids, affirmer que le cancer ne guérissait jamais; que les tumeurs qu'on avait enlevées comme squirrheuses, et qui ne s'étaient point reproduites plus tard, n'étaient point de nature cancéreuse, mais bien des engorgemens chroniques, parce que, disait-il, si on avait opéré un véritable cancer, il se serait nécessairement reproduit.

On a cherché déjà à tirer parti de ces idées, et l'on a recommandé de réunir la plaie de l'opération par première intention, autant que possible. Sans doute, alors le danger de la récidive est moindre; mais cependant que de résultats fâcheux sont venus tromper cette espérance! Et ensuite combien de cas où la réunion immédiate est impossible, et où conséquemment on laisse toutes les chances à la réapparition du mal!

Ces idées s'étaient présentées à mon esprit, mais d'une manière encore vague et obscure, lorsque le hasard plutôt que le raisonnement présenta à mon observation le premier fait qu'on va lire.

Cancer du nez; récidive après l'opération; emploi de la pate arsénicale; empoisonnement par absorption; état stationnaire de la plaie; application d'un lambeau pris sur la joue; guérison complète.

Obs. I. — Au commencement de l'année 1829, je fus appelé à Royère (Creuse,) auprès d'un malade qui portait depuis six ans un champignon à l'aile gauche du nez. Le mal, à son origine, avait offert un tel caractère de bénignité, qu'on n'en avait nullement cherché la cause. Développée d'abord sous la forme d'une petite verrue qui n'occasionait pas même d'incommodité, au bout de trois ans la tumeur devint irrégulière, se fendilla, se couvrit de croûtes qui tombaient pour faire place à d'autres, et laissaient à découvert une surface rugueuse, parsemée de points grisâtres, saignant au plus léger contact, et d'où s'écoulait un ichor sanieux. Bientôt des élancemens s'y firent sentir, l'accroissement devint plus rapide, et la fongosité, qui prenait son origine par une large base sur l'aile gauche du nez, lui

donnait un aspect bilobé. Les parties voisines étaient saines ; la narine du côté malade, un peu rétrécie, n'était le siége d'aucune végétation ; la sécrétion de la pituitaire était fort augmentée, mais le bord libre de l'aile du nez qu'avoisinait le fongus, n'avait pas encore été envahi par le mal. D'ailleurs, la santé générale était intacte. L'affection me parut donc tout-à-fait locale, et tous les moyens généraux et locaux n'ayant servi qu'à hâter la dégénérescence, l'ablation de la tumeur fut jugée l'unique ressource.

Je disséquai toute la peau du côté gauche du nez ; et l'extrémité de l'indicateur gauche, introduite dans la narine, me servant de point d'appui, je raclai avec précaution le cartilage sous-jacent, ayant soin de ménager le bord libre de l'aile du nez. Toutes les parties suspectes furent enlevées avec une scrupuleuse attention, après quoi j'introduisis de la charpie dans la narine ; et une compresse fenêtrée enduite de cérat, recouverte de charpie, maintenue par une bande, forma le premier pansement. Une saignée du bras, la diète, un bain de pied et de la limonade, combattirent la fièvre qui diminua dès le surlendemain.

Au bout de trois jours l'appareil était levé, la suppuration n'était pas encore établie. Je recommandai la continuation de la diète. Eloigné de mon opéré, je ne pus le revoir qu'au bout de neuf jours. Je trouvai alors, à mon grand étonnement, toute la plaie occupée par un nouveau champignon plus grand et plus douloureux que le premier. Le cas me parut délicat et fort embarrassant ; je n'osais pas proposer au malade l'ablation d'un organe aussi important à ménager. Je me contentai donc d'emporter avec le bistouri les végétations nouvelles, de ruginer les os, et racler les cartilages et fibro-cartilages, dont je détruisis même une partie. Puis, sur cette nouvelle solution de continuité, j'appliquai une petite quantité de pâte arsenicale. Revenu deux jours après, je trouvai mon malade dans un délire furieux, la tête doublée de volume, sans traits de figure humaine ; une écume gluante souillait son menton. Je m'empressai d'enlever la partie non absorbée du topique, et je n'y parvins qu'à l'aide du bistouri ; cependant, sous l'influence de boissons rafraîchissantes en grande quantité, les symptômes de l'empoisonnement disparurent en huit jours.

La suppuration s'étant enfin bien établie, et les bourgeons charnus dans des conditions avantageuses pour la cicatrisation, voyant que celle-ci ne s'opérait pas, même au bout de plusieurs mois après l'opération, je dus songer à un moyen plus efficace. J'empruntai à la joue une un lambeau de forme et de grandeur convenables à l'étendue de la plaie, où il fut maintenu par des points de suture. Une sonde de gomme élastique entourée de linge fut placée dans la narine pour en prévenir l'affaissement et faciliter l'écoulement du mucus ; quelques bandelettes agglutinatives, des compresses graduées, continrent tout mon appareil. Dix-huit jours après, la réunion me paraissant assez solide, je coupai le pédicule du lambeau, je rapprochai autant que possible les bords de la nouvelle perte de substance ; et le trente-cinquième jour, le malade fut parfaitement guéri, presque sans difformité. Six ans se sont écoulés depuis, et il n'a jamais ressenti la moindre douleur dans cette région. Je ferai remarquer en passant qu'un de ses oncles est mort d'un cancer au nez.

L'importance de cette observation ne me frappa pas même encore tout d'abord. J'avais quelque peu transgressé les règles données par presque tous ceux qui s'occupent d'autoplastique, et qui défendent de tenter l'ente animale sur des tissus encore suspects ; mais c'était là tout, et cette hardiesse, heureuse une fois, pouvait-elle servir de règle ? Il fallut un nouveau fait, un danger, imminent, une absence complète de toute autre ressource, pour me faire comprendre toute la valeur de ce procédé et me décider à l'ériger en méthode générale. Je réfléchis que la récidive avait toujours lieu dans la cicatrice, ou à l'union de celle-ci avec la peau ; que cette espèce de prédilection du cancer pouvait reconnaître pour cause l'étendue de la cicatrice, son défaut d'élasticité, sa grande vascularité, le tiraillement de la peau qui entoure l'ulcère ; et qu'on pourrait peut-être prévenir toutes ces causes de récidive en évitant à la nature les frais d'une cicatrice aussi étendue. Cette idée une fois admise, mon premier succès s'expliquait, et j'avais droit d'en attendre d'autres. Voici cette seconde observation.

Extirpation d'un sein cancéreux, récidive pendant la cicatrisation ; application sur la plaie de la pâte arsénicale ; guérison apparente, suivie d'une seconde récidive ; nouvelle opération ; application sur la plaie d'un lambeau de peau ; guérison complète.

Obs. II.—La nommée Geneviève, âgée de 44 ans, d'un tempérament bilioso-nerveux, d'une constitution sèche mariée à 25 ans, mais restée stérile, avait eu une menstruation régulière jusqu'à sa quarantième année ; mais à cette époque les règles ne vinrent plus qu'avec la plus grande irrégularité. En 1828, sans cause connue, le sein droit devint plus dur et plus volumineux que le gauche. Elle ne fit d'abord aucune attention à ce changement d'état ; plus tard, la tumeur augmenta légèrement de volume ; la malade y ressentait par intervalles, et surtout à l'approche des règles, des douleurs qui l'obligèrent d'employer quelques topiques émolliens. Ces douleurs, supportables dans le commencement, acquirent un degré d'intensité tel, qu'elle fut forcée de suspendre de temps en temps ses occupations ordinaires et de garder le lit. Enfin après un an et demi de souffrance, elle appela un médecin, qui prescrivit plusieurs applications de sangsues et des révulsifs sur le canal intestinal ; mais malgré l'emploi de ces moyens, les dimensions de la tumeur et l'acuité des douleurs augmentèrent ; la malade, dont le moral était fortement ébranlé, se voyait vouée à une mort certaine ; aussi pendant seize mois, à partir de cette époque, elle essaya toute espèce de médications, consulta beaucoup de médecins, mit à contribution toutes les recettes des commères ; enfin se livra entre les mains d'un charlatan, qui appliqua sur

la tumeur différens escarotiques. Peu de temps après, l'ulcération commença et fit des progrès si rapides, que la malade était épuisée par la suppuration et par de fréquentes hémorrhagies. Dans un état aussi désespéré, dénuée de toutes ressources, cette femme entra à l'hôpital de Bourganeuf dans le mois de mars 1830.

Lorsque je l'examinai pour la première fois, le mamelon du côté droit était détruit; à sa place existait une ulcération d'un pouce et demi de longueur et de sept ou huit lignes de profondeur; le fond en était gaisâtre et donnait naissance à plusieurs fongosités qui dépassaient le niveau de l'ulcération, et dont la surface était couverte d'une sanie d'une odeur caractéristique. Les bords de la caverne durs, calleux, renversés en dehors, étaient recouverts çà et là d'une couenne grisâtre : à l'entour les veines sous-cutanées formaient un relief sur la peau à laquelle elles communiquaient un aspect bleuâtre; les tégumens voisins étaient marbrés, et prenaient une teinte jaunâtre à mesure qu'il s'éloignaient de l'ulcération; ils étaient durs, bosselés dans certains points, mous et déprimés dans d'autres. Enfin on y sentait au toucher une chaleur plus élevée que sur les autres points du corps. Les régions inguinale, sus-claviculaire, cervicale, axillaire du côté gauche n'offraient rien de particulier : mais dans l'espace axillaire correspondant au sein malade, on sentait trois ganglions volumineux. La peau en général était jaunâtre, surtout à la face; les yeux abattus; la physionomie annonçant la souffrance et l'inquiétude; le pouls petit, dur et fréquent; la respiration un peu haletante; l'insomnie presque complète; les douleurs lancinantes, et tellement aiguës, que la malade les comparait aux morsures d'un chien.

Je prescrivis l'application de cataplasmes laudanisés sur la poitrine, un demi-grain d'extrait gommeux d'opium chaque soir à l'intérieur, dans l'unique but de calmer les douleurs. Mais cette femme, d'une détermination extraordinaire, réclama elle-même l'opération, quelque hasardeuse qu'elle fût, préférant ses chances douteuses à une mort certaine, et ne se laissant pas même intimider par la crainte de la récidive. Je regardais celle-ci comme à peu près inévitable, d'abord à cause de l'étendue du mal, en second lieu parce que son ancienneté faisait craindre que les ganglions des cavités splanchniques fussent indurés comme ceux de l'aisselle et qu'il y eût, en un mot, diathèse cancéreuse générale.

Je pratiquai l'opération le 20 mars 1830. Deux incisions semi-circulaires de sept pouces et demi chacune, réunies par leurs extrémités, circonscrivirent la mamelle; je commençai la dissection par la partie inférieure de la tumeur; je quittai bientôt cette région pour l'attaquer par en haut, comme le conseille M. Lisfranc, non dans la crainte d'intéresser le grand pectoral, qui était dans le point correspondant à l'ulcération et aux environs transformé en un tissu lardacé, mais bien pour couper les nombreux nerfs qui, partant du plexus cervical et axillaire, vont se distribuer au sein, et abréger conséquemment les douleurs. J'enlevai toute la glande mammaire, une partie du grand pectoral; je mis à nu les côtes, leurs cartilages de prolongement et les muscles intercostaux. Je passai à plusieurs reprises la pulpe du doigt indicateur sur toute la surface saignante de la plaie, pour m'assurer si j'avais enlevé toutes les parties indurées; j'excisai même avec des ciseaux courbes sur le plat, plusieurs morceaux de tissu cellulaire, comme par excès de précaution contre la récidive. Les artères liées, je prolongeai mon incision dans l'espace axillaire, et, à l'aide d'une érigne, je fis l'extirpation de trois ganglions profondément situés; et voulant éviter la lésion des vaisseaux et des nerfs axillaires, je fus obligé d'arracher ces ganglions en quelque sorte avec mes doigts; ce qui rendit cette partie de l'opération très-douloureuse. Enfin j'appliquai deux bandelettes agglutinatives pour diminuer l'étendue de la plaie; et un linge enduit de cérat, de la charpie, des compresses maintenues par un bandage de corps, constituèrent le premier pansement.

La malade avait épuisé ses forces; aussi eut-elle à la fin une syncope qui nous donna de vives inquiétudes. Transportée dans son lit et réchauffée, elle recouvra bientôt l'usage de ses sens. Je prescrivis une potion avec le sirop diacode et tout revint dans l'état normal. Trois heures après l'opération il y eut une hémorrhagie abondante par la plaie pectorale; l'appareil fut levé. On ne put découvrir les vaisseaux d'où s'échappait le sang; on tamponna avec de l'agaric, des compresses, graduées et l'hémorrhagie ne reparut plus.

La nuit se passa bien; la malade dormit par intervalles. Le lendemain matin elle eut un peu de fièvre, la peau chaude, la langue blanche; elle se sentait, disait-elle, *les os brisés*. Presc. : limonade, diète absolue.

Le 23 la dureté des compresses et de la charpie l'incommodent; je renouvelle ces deux parties de l'appareil, je laisse la compresse fenêtrée. (Même presc.)

Le 26, je renouvelle le pansement; la suppuration commence à s'établir; la malade ne ressent pas de douleurs, elle demande à manger, je permets deux bouillons.

Les jours suivans la plaie se déterge, la tuméfaction diminue, l'appétit augmente. (Deux soupes.)

Le 1er avril la suppuration est de bonne nature; les bourgeons sont apparens; j'augmente les alimens.

Pendant tout le mois d'avril la malade continue de bien aller; la plaie se rétrécit; elle n'y ressent aucune douleur; elle dort bien; toutes ses fonctions s'exécutent à merveille; elle se plaint seulement d'avoir faim. Dans le commencement de mai, un mois et demi après l'opération, la malade éprouva quelques douleurs dans le fond de la plaie. Examinée avec la plus scrupuleuse attention, je n'y découvre rien, toute sa surface me paraît d'un bon aspect.

Le 5 mai, je remarquai des bourgeons d'aspect douteux, un peu décolorés; les jours suivans ils devinrent d'un gris ardoisé, se développèrent de plus en plus, quoique journellement touchés avec le nitrate d'argent; le pus devint sanieux et fétide, et la malade recommença à éprouver des douleurs lancinantes.

N'osant plus me servir du bistouri, j'eus recours à la pâte arsenicale que j'appliquai à plusieurs reprises sur

le fond de l'ulcère, afin de soustraire la malade aux dangers de l'absorption. Il n'en résulta aucun accident; l'escarre se détacha au bout de quinze jours, le fond de la plaie se couvrit de bourgeons vasculaires de bonne nature; néanmoins la cicatrisation s'effectuait très-lentement, à cause, sans doute, de la forme circulaire de la solution de continuité. La malade n'accusait plus aucune douleur. Enfin, trois mois après l'opération, la plaie fut complétement cicatrisée, et Geneviève se crut tout-à-fait guérie.

Vain espoir! à peine deux mois s'étaient-ils écoulés, qu'elle vit reparaître toutes ses souffrances : la cicatrice se tuméfia, devint douloureuse, et se sépara des tissus environnans; il se forma de petites ulcérations qui s'étendaient de jour en jour, et sécrétaient un ichor âcre d'une odeur caractéristique, et bientôt se recreusa une vaste caverne, comme avant la première opération.

Après deux récidives, l'une pendant la cicatrisation de la plaie, l'autre deux mois après sa guérison, je ne conservais plus d'espoir et ne songeais plus qu'à prescrire un traitement purement palliatif. Bientôt le désespoir s'empara de la malade; elle me supplia de tenter encore de nouvelles chances par quelque tentative que ce fût, et je me rendis à ses instances, après avoir médité quel parti me restait à prendre, et arrêté mon nouveau procédé opératoire.

Je pratiquai sur la peau du sein, à deux pouces de sa réunion avec la cicatrice résultat de la première opération, deux incisions semi-lunaires circonscrivant toutes les parties d'apparence suspecte; je mis à nu les côtés et leurs cartilages, je ruginai le tout dans les points correspondant à l'ancienne cicatrice, je promenai en outre le fer rouge sur les parties qui auraient pu devenir le siége de quelques excroissances.

Je recouvris toute la plaie de compresses trempées dans de l'eau froide, que je renouvelais toutes les deux ou trois minutes. Il ne survint aucun accident du côté de la poitrine, la malade eut seulement un violent mal de gorge, et la plaie fut prise d'une inflammation considérable qu'on arrêta par les sangsues. Au bout de six jours, chute des escarres; des bourgeons charnus de bonne nature couvrent toute la surface de la plaie. Le moment étant favorable, je taillai à la partie latérale de la poitrine, sur le muscle grand dentelé, un lambeau adhérent à la peau par un pédicule d'un pouce de large, et à peu près de la forme et de la grandeur de la plaie, sur laquelle je le renversai après avoir tordu légèrement son pédicule; et je le maintins dans cette position par un grand nombre de sutures. Je plaçai ensuite par-dessous une bandelette, en manière de séton, tant pour favoriser l'écoulement du pus que pour hâter le développement de bourgeons charnus à la face interne du lambeau correspondant en un endroit, à une côte presque dénudée. Des bandelettes agglutinatives, un linge fenêtré enduit de cérat, de la charpie, des compresses carrées telles furent les pièces de pansement nécessaires, le tout maintenu par un bandage de corps. La malade supporta ces différentes opérations avec une résignation admirable. Le lendemain il y eut un peu de fièvre et quelques envies de vomir qui furent combattues par les boissons acidulées.

Le troisième jour de l'opération, j'ôtai les points de suture; quelques adhérences faibles unissaient le lambeau à la surface correspondante de la plaie; un peu de pus s'écoulait le long de la bandelette. J'établis une légère compression. Les jours suivans les adhérences se multiplient, deviennent plus solides; huit jours après, le lambeau est réuni à la plaie dans toute son étendue, excepté au centre correspondant aux parties dures. Je laisse pendant douze jours la bandelette interposée entre le lambeau et le fond de la plaie; en lui faisant exécuter de légers mouvemens; le pus sortait par ses deux extrémités qui servaient de filtre. L'état général de la malade étant très-satisfaisant, je donnai à manger les premiers jours, et j'augmentai successivement ses alimens; enfin quinze jours après l'opération, la réunion était complète partout, sauf à l'endroit qu'avait occupé la bandelette de linge, supprimée depuis deux jours. Il suffit d'exercer sur le milieu du lambeau une compression que je diminuais graduellement en m'approchant des deux lèvres de la plaie, pour voir peu à peu la suppuration diminuer et finir par se tarir entièrement le vingt-sixième jour après l'opération; je coupai près du lambeau son pédicule qui fut replacé dans sa position normale. Il ne restait plus à la malade que la plaie simple du côté droit, dont la cicatrisation avait été retardée exprès dans la vue de favoriser la réunion du lambeau avec les tissus sous-jacens, et qui fut complètement cicatrisée peu de temps après.

On peut considérer cette fois comme radicalement guérie cette cruelle affection, qui avait successivement récidivé deux fois, pendant et après la cicatrisation. En effet, depuis cette époque et durant deux années consécutives, j'ai vu très-souvent mon opérée, je l'ai examinée avec attention, et je n'ai rien trouvé, ni induration, ni engorgement. La peau était seulement adhérente dans les endroits correspondant aux côtes. Cette femme n'y ressentait aucune douleur; elle avait repris de l'embonpoint et se portait à merveille. Je viens d'apprendre tout récemment qu'elle a succombé deux ans et demi après sa guérison par suite d'un accident tout-à-fait étranger au cancer.

Pour quiconque voudra réfléchir sans prévention sur ces deux faits, il sera évident qu'au procédé opératoire seul sont dus ces deux succès. La nature de la maladie n'était point douteuse après ses récidives, et les autres procédés avaient déjà échoué. Le fait suivant ne sera pas moins remarquable.

Extirpation d'une tumeur squirrheuse au sein; récidive peu de temps après; seconde opération avec le bistouri; nouvelle récidive; application sur la plaie d'un lambeau de peau; guérison.

Obs. III. — Mme Daniaud, âgée de 29 ans, d'un tempérament bilieux, d'un embonpoint ordinaire, réglée à 18 ans, mariée à 24, n'ayant jamais eu d'enfant,

éprouva il y a deux ans, après son mariage, l'accident que voici.

S'étant jetée au milieu d'une querelle de famille pour la calmer, elle fut culbutée sur une chaise dont l'un des montans lui porta sur le sein gauche. La vive douleur qui en fut le résultat, et les accidens de la contusion disparurent en huit jours sans le secours d'aucune espèce de topique; mais la mamelle fut, depuis cette époque, le siége d'un engorgement qui persista sans douleur pendant un an. Plusieurs médecins consultés employèrent les médicamens ordinaires, qui n'eurent pas même l'avantage d'enrayer pour quelque temps la marche du mal. Bientôt des douleurs lancinantes, comparables à des coups d'aiguille, s'y firent sentir. La malade perdit sa fraîcheur, et sa santé se détériorait de plus en plus, lorsque trois ans après son accident, elle vint me consulter pour la première fois.

A l'examen je trouvai au sein gauche, en dehors du mamelon, une tumeur du volume d'un œuf, dure, bosselée, douloureuse au toucher, augmentant aux époques menstruelles, non adhérente aux tissus sous-jacens, mais adhérente à la peau qui la recouvrait et à la glande mammaire avec laquelle elle se continuait. Il n'existait point de ganglions à l'aisselle ni dans aucune autre partie du corps. Le pouls petit et irrégulier, les digestions difficiles, la perspiration cutanée aigre et nauséabonde, la mollesse des chairs; l'amaigrissement progressif, la couleur jaune paille de la peau, l'insomnie, les sueurs nocturnes, la fièvre hectique, me firent craindre d'abord quelque affection organique dans aucune des grandes cavités; mais, rassuré par une investigation plus exacte, je proposai l'opérations comme unique ressource; et après quelques jours de préparation, je la pratiquai le 27 juin 1831.

Voulant prévenir la difformité d'une large cicatrice, je pratiquai au contour inférieur de la mamelle une incision courbe de cinq pouces d'étendue. J'arrivai ainsi aisément à la tumeur; mais il fallut une dissection extrêmement minutieuse pour parvenir à la détacher de la peau, considérablement amincie. Le tissu cellulaire ambiant n'offrit point de résistance, et je le séparai de la glande mammaire, que je coupai un peu dans son bord externe. De la charpie fine fut introduite dans la profondeur de la plaie, pour favoriser le développement de bourgeons charnus et obtenir la réunion par seconde intention.

La malade n'éprouva rien de particulier les jours qui suivirent l'opération : la suppuration s'établit, l'appétit revint, et la cicatrisation commençait, lorsque l'opérée ressentit dans le sein des douleurs légères qu'elle comparait à la démangeaison que produirait la présence d'une fourmi dans l'épaisseur des chairs. La peau qui recouvrait la tumeur et que j'avais épargnée, devint successivement ridée, brunâtre, violacée, s'excoria et se transforma en un ulcère fournissant un pus sanieux.

Bientôt les douleurs s'accrurent, l'ulcération s'élargit, des fongosités apparurent, les bords se renversèrent et mirent à nu une caverne profonde, grisâtre, d'où s'exhalait une odeur *sui generis*.

Une seconde opération me parut indispensable. Circonscrivant par deux incisions faites dans les parties saines tous les tissus qui me parurent viciés, j'obtins une nouvelle solution de continuité que je pansai comme la première. Le jour de l'opération la malade eut une forte fièvre qui céda au traitement antiphlogistique; la plaie se détergea peu à peu, la suppuration devint louable, des bourgeons de bonne nature semblaient tendre à combler la profondeur de la plaie, que je me proposais de recouvrir par un lambeau, lorsque j'aperçus au centre de celle-ci un point d'abord grisâtre, dur, douloureux au toucher, saignant au moindre contact, puis ardoisé et faisant éprouver à la malade des douleurs aussi vives qu'avant la première opération. Il fut démontré pour moi que le cancer s'était reproduit pour la seconde fois. Le bistouri ne me semblait plus propre à combattre l'opiniâtreté du mal. J'appliquai pour lors un petit morceau extrêmement mince de potasse caustique, de préférence au cautère actuel et à la pâte arsenicale, à cause du voisinage du cœur. Les douleurs, très-vives pendant quatre heures, se calmèrent insensiblement. A la chute de l'escarre, qui eut lieu le cinquième jour, j'aperçus des bourgeons charnus de bonne nature. Sans attendre plus long-temps, dans la crainte de voir encore reparaître cette terrible affection, je taillai sur le côté de la poitrine un lambeau bien nourri, de l'étendue et de la forme de la surface de la plaie, sur laquelle il fut appliqué à l'aide d'un mouvement de torsion imprimé à son pédicule. On fit quelques sutures sur la circonférence du lambeau, pour obtenir une coaptation plus parfaite. Deux jours après, les points de suture furent enlevés; il y avait un commencement d'union du pourtour du lambeau aux tissus voisins. Une ouverture ménagée à la partie la plus déclive, laissait un libre passage au pus. Je fis une compression méthodique, en commençant sur le centre du lambeau et allant graduellement à la circonférence. Peu à peu la tuméfaction diminua, la suppuration se tarit; enfin la réunion fut complète le vingtième jour. Je coupai alors le pédicule du lambeau; la cicatrisation de la plaie qui l'avait fourni s'opéra promptement, et le succès a été au-delà de mes espérances. J'ai revu depuis très-souvent Mme Daniaud, elle se porte à merveille; elle a recouvré son embonpoint et sa fraîcheur, et n'a plus éprouvé de douleur dans les seins, pas même pendant une suppression de règles qui l'entretint, mais en vain, pendant 3 mois, dans la flatteuse espérance qu'elle allait devenir mère. Trois ans se sont écoulés depuis l'opération, et la guérison s'est si bien soutenue, que je suis convaincu qu'il n'y aura jamais récidive.

Enfin j'ai eu occasion assez récemment d'expérimenter le procédé nouveau sur un cas d'un autre genre, où à l'intérêt que présente le succès en lui-même se joint encore celui de la difficulté vaincue; et peut-être aussi que l'essai heureux que j'ai fait d'un moyen non encore employé pour guérir une fistule salivaire concomitante appellera l'attention des chirurgiens.

—

Tumeur squirrheuse de la joue enlevée avec l'instrument tranchant; récidive; cautérisation avec le fer rouge; restauration de la joue par l'application d'un lambeau pris à la partie postérieure de la tête; fistule salivaire consécutive; guérison complète.

Obs. IV. — Le sujet de cette dernière observation est un homme âgé de 40 ans, domestique, d'un tempérament mixte, portant depuis trois ans, dans l'épaisseur de la joue gauche, une tumeur qui ne lui causait d'autre incommodité que de gêner la mastication. Cette tumeur s'était développée à l'insu du malade; la première fois qu'il la sentit il crut qu'un morceau de pain était resté entre les dents et la joue; ses doigts portés dans la bouche ne trouvant point ce qu'il cherchait, il reconnut alors que cette grosseur était située dans l'épaisseur des parties molles. Elle ne fixa pas autrement son attention; mais peu à peu elle s'accrut, et au bout de trois ans, elle égalait en volume le poing d'un enfant de douze ans; les mouvemens de la mâchoire devinrent de plus en plus difficiles, et la mastication finit par être impossible. Dans le principe la tumeur était indolente; mais quand elle eut acquis une certaine épaisseur, le malade y ressentit des élancemens, surtout quand il imprimait quelques mouvemens à la mâchoire. Voyant que sa maladie faisait toujours des progrès, il entra à l'hôpital de Bourganeuf au commencement du mois de mai.

Le lendemain de son entrée, je l'examinai avec le plus grand soin. Située sur le trajet du canal de Sténon, à l'extérieur duquel elle a probablement pris origine, sa tumeur a rétréci un peu la bouche, en refoulant la commissure des lèvres pour se loger dans l'espace compris entre l'os de la pommette et la mâchoire inférieure; elle est dure, bosselée, adhérente à la peau qui la recouvre et paraît se continuer avec la glande parotide. Quand on cherche à la déplacer avec les doigts, on est porté à croire qu'elle envoie un prolongement en dedans de la bouche et de la mâchoire, pour se porter sur les parties latérales du col; on cause des douleurs vives au malade en la comprimant; si on la déjette un peu en dehors de la mâchoire, celle-ci exécute tous ses mouvemens, mais à l'instant même où on l'abandonne, elle se porte en dedans de la mâchoire et va se loger en partie dans l'espace intermaxillaire, qui est augmenté par la perte complète des dents des deux mâchoires; l'aspect de ce malade était tellement repoussant, qu'il ne pouvait plus trouver de travail et que ses camarades refusaient de manger avec lui; aussi demandait-il instamment l'opération.

Cinq jours après son entrée à l'hôpital, je l'opérai de la manière suivante. Je fis une incision qui, partant du lobule de l'oreille, suivait le bord inférieur de la mâchoire; et arrivée à l'angle de cet os, je la dirigeai vers la commissure des lèvres sans l'intéresser, en décrivant une espèce de courbe à concavité supérieure, de manière à bien circonscrire la partie inférieure de la tumeur. Une seconde incision continuant la première, fut prolongée en haut et en arrière, en rasant le bord inférieur de la pommette et alla se terminer au point où la première avait commencé. Dans le premier temps de l'opération, la peau et le tissu cellulaire avaient été seuls divisés; dans le second, je séparai le muscle buccinateur de tous ses points d'insertion; je liai les artères à mesure qu'elles donnaient du sang; je voulus isoler la tumeur de la muqueuse buccale, mais son adhérence avec cette membrane était si intime, que je fus obligé de renoncer à mes tentatives; et ce ne fut qu'à force de précautions et de manœuvres extrêmement compliquées, que je parvins à extirper la totalité de la tumeur, à raison d'un prolongement qu'elle envoyait entre les muscles ptérygoïdiens, et dont le sommet se terminait par une bride fibreuse très-forte, fixée à l'apophyse transverse de la troisième vertèbre cervicale. Un grand nombre d'artères furent divisées et successivement liées, et je coupai les fils à ras le nœud de chaque ligature.

A la place de la joue se trouvait donc une énorme cavité, dans laquelle on voyait à découvert les faces latérales des deux maxillaires, séparés l'un de l'autre par la langue qui tendait à sortir sans cesse en dehors de la plaie. Après avoir disséqué la peau dans l'étendue de deux pouces inférieurement, et très-peu en haut, dans la crainte de produire un renversement de la paupière inférieure, je rapprochai les lèvres de la plaie et les maintins en contact à l'aide de la suture enchevillée. Je plaçai en outre plusieurs bandelettes agglutinatives, dans le but de seconder l'action des aiguilles et de prévenir, en agissant ainsi, la déchirure des parties embrassées par les anses de fil, et je recouvris le tout avec un linge fenêtré enduit de cérat, des plumasseaux de charpie, et des compresses longuettes, fixées autour du front par plusieurs doloires; la bande en passant sur les joues, sous le menton, était ramenée sur le sommet de la tête, dans le but non-seulement de maintenir rapprochées les lèvres de la plaie, mais aussi de prévenir l'écartement des deux mâchoires.

Le malade perdit peu de sang pendant l'opération, il s'endormit dès qu'il fut transporté dans son lit. A l'examen de la tumeur fait en présence de beaucoup de médecins, nous la trouvâmes formée en grande partie d'un tissu extrêmement dur, fibreux, lardacé dans certains endroits; mou, jaune, pultacé, comme cérébriforme dans d'autres points où elle était tout-à-fait ramollie.

Une heure après l'opération, le pouls étant dur, une saignée du bras fut pratiquée. Au bout de trois heures, il survint une hémorrhagie foudroyante; j'étais alors absent; un chirurgien appelé employa la compression, qui fut sans résultat: ce qui sera facile à concevoir en se représentant la disposition de la plaie. A mon arrivée l'hémorrhagie continuait encore: le malade, considérablement affaibli, avait à chaque instant des convulsions, des claquemens de la mâchoire; il eut même une syncope telle que je le crus mort. J'ôtai l'appareil et les sutures, et aussitôt le sang cessa de couler: je tordis avec des pinces tous les points de la surface de la plaie qui me semblèrent capables de donner lieu à une seconde hémorrhagie. Un quart d'heure après, le ma-

lade vomit une énorme quantité de sang qu'il avait avalé, pendant qu'on essayait de l'arrêter par la compression.

Dans le but de prévenir un nouvel écoulement de sang, je remplis le fond de la plaie de petits bourdonnets de charpie, artistement placés; par-dessus des morceaux d'agaric en forme de pyramides, comprimant en tous sens la surface saignante, le tout séparé de la cavité buccale par une lame de plomb mince, appliquée sur les faces externes des deux os maxillaires. De nouveaux points de suture réunirent la plaie, et je replaçai le bandage extérieur, en recommandant bien au malade de ne faire exécuter aucun mouvement à ses mâchoires; le pouls se releva peu à peu; la chaleur se rétablit et le sang ne reparut plus.

La nuit se passa bien; le malade dormit plusieurs heures; seulement, il fut beaucoup gêné par la lame de plomb et l'agaric. J'enlevai le tout le surlendemain; je ne vis rien de dérangé, les points de suture étaient à leur place, comme je les avais mis; point de suppuration, l'exérétion de la salive était abondante. Je mis un peu de charpie dans la plaie. Prescription: diète absolue; point de tisane à cause des mouvemens de déglutition qui tiraillerait la plaie.

Le troisième jour, la suppuration commence; le pus sort à travers les lèvres de la plaie qui paraissent légèrement agglutinées dans les points où les fils n'ont pas déchiré les parties molles.

Les jours suivans, la tuméfaction est toujours considérable; nulle apparence de cicatrisation.

Dix jours après l'opération, j'essayai d'obtenir une réunion par seconde intention, en mettant en contact les lèvres de la plaie à l'aide de bandelettes agglutinatives et de quelques points de suture; la salive n'en continua pas moins comme les jours précédens à couler par la plaie. A quelque temps de là, je cautérisai les bords de la solution de continuité, qui furent maintenus en contact par des points de suture et par une compression méthodique convenablement placée au dessous de la mâchoire, afin d'obtenir l'adhésion des lèvres de la plaie. Craignant une nouvelle déchirure des parties molles, j'ôtai le surlendemain les sutures; il y avait contact immédiat dans toute l'étendue de la plaie; je continuai toujours le même bandage, en maintenant la tête penchée sur le côté du mal. Peu à peu la cicatrice se fit, la salive ne coula plus au dehors, le malade, ne ressentait aucune douleur; tout marchait à une guérison rapide; et enfin au bout de deux mois je la regardais comme définitive, lorsqu'il commença à se plaindre de douleurs dans la bouche et d'un froid à la joue. Examinées dans tous les coins et recoins je n'y aperçus rien encore qui pût m'expliquer les douleurs. Plus tard, elles augmentèrent, la cicatrice se tuméfia, la bouche devint mauvaise; il se forma à l'intérieur de celle-ci des excroissances qui, en augmentant peu à peu de volume, gênèrent les mouvemens de la langue et de la déglutition; la cicatrice se déchira, ses bords se renversèrent; la salive mêlée à une suppuration de mauvaise nature coulant à travers la plaie, et les parties molles abreuvées continuellement par le passage de cet ichor âcre, donnaient au malade un aspect horrible.

Je désespérais de sauver ce malade, ne sachant d'abord où prendre un lambeau de peau qui fût assez grand et assez épais, pour remplacer cette énorme perte de substance. Enfin après avoir mûrement médité mon projet d'opération, je m'arrêtai au procédé suivant.

Je commençai par retrancher tous les tissus d'apparence suspecte; ceux que je ne pus atteindre avec le bistouri furent profondément cautérisés avec le fer rouge, ayant soin toutefois d'éviter les vaisseaux dont la lésion à la chute de l'escarre aurait pu donner lieu à une hémorrhagie. Je promenai à plusieurs reprises le fer rouge sur les tissus adhérens aux os, desquels partaient la plupart des fongosites que j'avais extirpées.

J'attendis que les escarres tombassent, que les bourgeons charnus fussent assez développés, en un mot, que toute la plaie se trouvât dans des conditions avantageuses pour obtenir une réunion par seconde intention.

Après avoir rasé la partie postérieure de la tête, je taillai un lambeau à pédicule courbe, adhérent à l'apophyse mastoïde, et je prolongeai l'incision inférieure jusqu'au lobule de l'oreille. Séparé de l'occipital par la dissection, le lambeau, en tordant légèrement son pédicule, fut appliqué par sa surface saignante sur la plaie de la joue, où je l'ajustai le plus exactement possible. Un grand nombre de sutures furent mises sur le bord supérieur, pour le maintenir en contact avec les tissus de la pommette; quelques-unes seulement sur le bord inférieur correspondant avec la peau du col. Je laissai sur celui-ci deux ouvertures, l'une vis-à-vis la parotide, et l'autre dans l'endroit le plus déclive de la plaie. Des bandelettes agglutinatives, un linge fenêtré enduit de cérat, de la charpie, des compresses, le tout maintenu par un bandage en forme de mentonnière, constituèrent le premier pansement.

Les premiers jours il ne se présenta rien de remarquable: le malade eut une fièvre assez forte, mais le cerveau resta tout-à-fait sain.

Le quatrième jour, j'ôtai tout ce qui pouvait mettre obstacle à l'écoulement de la salive et du pus par les deux ouvertures que j'avais ménagées. La réunion du bord supérieur du lambeau ne se fit pas long-temps attendre, elle fut complète le douzième jour. A cette époque l'inférieur n'adhérait que dans quelques points. Lorsque la tuméfaction eut diminué, et qu'on put toucher la partie sans causer trop de douleur au malade, je ravivai le bord inférieur du lambeau dans les points où la réunion immédiate n'avait point eu lieu; les lèvres de la plaie rapprochées, je les maintins en contact dans toute leur étendue, à l'aide de sutures entortillées. Le point correspondant à la parotide fut le seul où il n'y eut pas réunion immédiate; il y resta une fistule salivaire que je combattis en vain, pendant deux mois, par tous les moyens connus. Je croyais être obligé de renoncer à la cure de cette fistule, lorsqu'après tant d'essais infructueux j'imaginai l'appareil suivant, qui réussit au-delà de mes espérances.

Je pris un tuyau de plume d'un demi-pouce de long, bouché à l'une de ses extrémités avec un morceau de liége à travers lequel j'avais préalablement passé un fil de soie; sur les parties latérales de ce tuyau et très-près de l'extrémité du liége, était une ouverture semblable aux yeux d'une sonde, destinée à l'écoulement de la salive. Ce tube fut placé dans l'intérieur de la bouche, à la face interne de la joue restaurée; je mis en contact immédiat avec la glande parotide l'extrémité bouchée par le liége; et le fil de soie sortant à travers la fistule, fut fixé autour de l'oreille. Un second fil de soie passé dans une aiguille à coudre, avec laquelle je traversai le lambeau de dedans en dehors, en avant et un peu en bas de la fistule salivaire, servit à fixer inférieurement ce tuyau destiné à remplacer le canal de Sténon, en attendant la cicatrisation de la fistule salivaire. Pour maintenir le canal artificiel dans cette position, je fis, avec la portion de fil de soie restée dans la bouche, un nœud coulant, dans lequel le bout du tuyau de plume fut engagé et mis ainsi en contact immédiat avec la face interne de la joue restaurée, en tirant en dehors l'autre extrémité du fil de soie, qu'on arrêta ensuite sur un petit rouleau de diachylon; au côté externe de la joue je rapprochai très-exactement les bords de la fistule parotidienne, qui furent maintenus en rapport par des bandelettes agglutinatives. Enfin, pour maintenir la bouche constamment béante, je mis un bouchon de liége entre les mâchoires du côté opposé à la maladie. A partir de ce jour, la salive s'écoula dans la bouche, rien ne passa par la fistule. La réunion se fit dans tous les points où je n'avais pu l'obtenir jusqu'alors, nonobstant tous les moyens que j'avais mis en usage. Quinze jours après le malade fut radicalement guéri, sans fistule salivaire, sans difformité apparente. Le tuyau et les fils ôtés, la salive suivit son cours naturel; il ne resta qu'une cicatrice presque linéaire, qui est en grande partie cachée par les cheveux, en remplacement du favori de ce côté; seulement la direction et la couleur de ce favori artificiel, qui est blond foncé, contraste d'une manière singulière avec la barbe du côté opposé, dont la couleur est tout-à-fait rouge.

La plaie de la partie postérieure de la tête fut pansée à plat, ne présenta rien de particulier, et guérit comme toutes les solutions de continuité avec perte de substance. Les bords se rapprochèrent et furent réunis plus tard à l'aide d'une cicatrice d'un pouce de large.

Trois ans se sont écoulés depuis l'opération, et le malade n'a jamais rien ressenti qui pût faire craindre une récidive.

Ces quatre succès obtenus consécutivement m'ont donné une telle confiance dans le nouveau procédé, que je n'hésite pas à avancer qu'on réussira comme moi dans tous les cas, pourvu qu'en opérant on ne néglige aucune des précautions nécessaires à la réussite; c'est-à-dire que le lambeau de peau bien confectionné, bien nourri, pris dans une partie plus ou moins éloignée, soit appliqué par sa surface saignante, ou recouverte de bourgeons, sur la plaie résultant de l'ablation du cancer, soit immédiatement après l'opération, soit après le développement de bourgeons charnus.

Je n'ai pas encore mis en usage le premier mode d'opération, celui qui consiste à appliquer un lambeau sur une plaie saignante produite par l'ablation d'un cancer; mais tout porte à croire qu'il aurait le même résultat. Mon opération, en effet, n'est pas autre chose qu'une ente animale; on pourrait même, si on voulait, avant d'unir le lambeau à la plaie, attendre que les bourgeons charnus eussent apparu à sa surface, suivant la méthode employée par Graefe pour la rhinoplastie.

Je prévois l'argument qui me sera fait par beaucoup de chirurgiens, savoir, qu'il y a souvent récidive du cancer, malgré qu'on ait réuni immédiatement après l'opération; que par conséquent mes malades guéris en apparence se trouvant dans les mêmes conditions que les autres, n'en auront pas moins plus tard une ou plusieurs récidives.

Je réponds premièrement que les récidives après une réunion immédiate sont beaucoup plus rares que quand on a une large cicatrice. Secondement, que les malades guéris par le procédé que je mets en usage se trouvent dans des conditions différentes de ceux qui ont été opérés et guéris en apparence par une réunion immédiate ordinaire. En effet, chez ces derniers la réunion immédiate s'est faite sur le lieu même où s'était développé primitivement le cancer, et où les tissus ont toujours plus de tendance que partout ailleurs à le reproduire; tandis que dans mon procédé la réunion a lieu avec des tissus tout-à-fait sains, en dehors des limites du mal, et si j'ose ainsi parler, de l'atmosphère cancéreuse, et le siége primitif de l'affection est mis à l'abri de toute irritation ou violence extérieure par l'épaisseur du lambeau.

Du reste, ces argumens, quelque spécieux qu'ils soient, n'auraient sans doute aucune valeur s'ils n'étaient déjà appuyés sur l'expérience; mais c'est à cette expérience même que j'en appelle; et quand même on penserait pouvoir s'en tenir à la réunion immédiate dans les cas où elle peut avoir lieu, je me crois en droit d'avancer que partout au moins où l'ablation du cancer aura nécessité une large perte de substance, on ne saurait nier la prééminence du nouveau procédé.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX AMÉRICAINS.

I. THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES.

Remarques sur le tic douloureux avec des observations, par le docteur CHAPMAN, professeur de médecine clinique à l'université de Pensylvanie.

Ce mémoire du professeur Chapman est une exposition assez complète de nos connaissances sur cette maladie, pour que nous croyions en devoir présenter

ici un résumé, laissant de côté ce qui nous semblera mériter peu d'intérêt ou être généralement plus connu.

L'histoire des névralgies ne remonte pas à une époque bien éloignée. Quelques auteurs ont voulu, il est vrai, en trouver des indices dans les ouvrages des Arabes du onzième siècle, et beaucoup plus tard dans ceux de Ludwig et Degener; mais la première description exacte en a été donnée par André en 1746. Vingt ans plus tard, Fothergill la décrivit sous le nom de *faciei morbus nervorum excrescians*, et depuis cette époque elle a fait l'objet de très-nombreux travaux. Bien que cette maladie ne soit pas d'une origine aussi récente qu'on serait disposé à le croire d'après l'absence de documens sur son existence dans les temps anciens, cependant il est assez probable que depuis une certaine époque elle est devenue plus fréquente, soit à cause de la plus grande sensibilité du système nerveux entretenu par les raffinemens et le luxe des temps modernes, soit pour quelque autre cause inconnue.

Toutes les parties du corps peuvent être affectées de névralgie; le cerveau en est quelquefois atteint; les poumons, et plus souvent encore le cœur, l'estomac, les intestins, le foie, la rate, les reins, la vessie et surtout l'utérus, y sont également sujets. L'auteur dit avoir surtout observé la névralgie utérine, chez les jeunes filles, à l'époque où elles commencent à être réglées; chez elles, elle est souvent périodique, les paroxysmes revenant chaque jour; d'autres fois, elles durent plusieurs jours de suite et disparaissent après. La douleur est vraiment névralgique; elle part de l'utérus et s'étend jusque dans les deux régions iliaques.

Mac-Culloch prétend que le genou est fréquemment le siége d'une névralgie qui peut être prise pour une tumeur blanche, et que Brodie a décrite sous le nom de *tumeur blanche hystérique* (hysterical white swelling.)

Parmi les causes auxquelles on attribue les névralgies, il en est une sur laquelle les auteurs français gardent ordinairement le silence; elle a été signalée par le docteur Mac Culloch, qui a basé sur elle l'hypothèse à laquelle il a consacré son ouvrage sur les fièvres intermittentes, et dans lequel il s'efforce de rattacher les névralgies à la même cause que les fièvres périodiques, c'est-à-dire à l'influence des miasmes marécageux ou *malaria*. L'auteur, sans adopter entièrement l'opinion de Mac Culloch sur l'influence de ces miasmes, pense cependant qu'elle agit beaucoup plus fréquemment qu'on ne le croit communément. « A l'époque où, il y a quelques années, les fièvres intermittentes pernicieuses et anormales étaient très-répandues parmi nous, j'ai vu plusieurs fois, dit-il, les paroxysmes affecter l'une des formes des névralgies; tantôt celle d'une hémicrânie ou d'une névralgie faciale; d'autres fois, d'une névralgie des muscles des membres ou des parois abdominales, ou enfin des organes des grandes cavités; on observait cette dernière forme surtout dans les cas où la maladie semblait être devenue chronique et où le sujet présentait l'aspect et l'expression qu'offrent les personnes qui sont restées pendant long-temps sous l'influence des émanations marécageuses. »

L'anémie, quelle que soit la cause qui l'ait déterminée, est encore une circonstance très-favorable au développement de cette maladie. A en croire l'auteur, il arriverait très-fréquemment de la voir survenir chez les sujets qui relèvent de la fièvre jaune, et qui ont été traités par des saignées trop abondantes, et, dans ce cas, c'est surtout la tête qui devient de préférence le siége de la névralgie.

La mort arrivant rarement pendant le cours d'une névralgie, on n'a jusqu'à ce moment que des connaissances assez vagues sur la condition anatomique des parties qui sont le siége de la douleur; les seuls faits nouveaux rapportés par M. Chapman sont ceux qu'a recueillis sir Henri Halford, qui a trouvé dans un cas une exostose du bord alvéolaire; dans un autre, une maladie du sinus; dans un troisième, une matière de production anormale déposée à la surface interne du crâne.

On disputera long-temps encore sur la nature de la névralgie. Est-ce une inflammation, ou une simple irritation, ou une variété du rhumatisme, ou une maladie spéciale, *sui generis?* C'est ce que M. Chapman ne cherche point à décider; il se contente de dire qu'elle réside spécialement dans les nerfs des sensations, dont la sensibilité est élevée au degré le plus haut d'exaltation; et qu'elle est l'extrême opposé de la paralysie.

Après avoir parlé des divers moyens qui ont été employés dans le traitement des névralgies, le docteur Chapman cite le galvanisme, l'électricité et le magnétisme comme ayant réussi dans un certain nombre de cas. Il décrit la manière dont le docteur Harris a employé le galvanisme, et avec succès, dans plusieurs cas de névralgie de la face. Nous allons faire connaître en peu de mots cette méthode, qui a été employée d'abord dans le traitement de l'épilepsie, et qui repose sur l'hypothèse d'une accumulation considérable de fluide électrique dans le cerveau aux dépens des autres parties du corps, en sorte que la guérison dépend de la répartition égale de ce fluide dans tout le corps.

La peau est dénudée sur deux points différens à l'aide d'un petit vésicatoire de la largeur d'un *six pence;* d'abord, à la partie postérieure et supérieure du col, et ensuite au-dessous du genou. Après avoir enlevé l'épiderme, on applique sur la plaie du col un morceau d'éponge mouillée d'eau et à peu près de la même grandeur; au-dessus, on pose une plaque d'argent munie d'un ajustage auquel est attaché le fil conducteur, qui descend le long du rachis en traversant un ceinturon de peau de chamois qui sert à le maintenir, et arrive ainsi jusqu'au pli du genou, où il est fixé à une plaque de zinc, laquelle est appliquée sur la surface dénudée de la même manière que la plaque d'argent, à l'exception qu'au lieu d'une éponge c'est un morceau de chair ou de parchemin qui est placé entre elle et le derme dénudé.

L'appareil étant ainsi placé, on le laisse agir sans interruption pendant douze ou vingt-quatre heures, suivant les circonstances. Au bout de ce temps, la surface des plaies a besoin d'être pansée, et les plaques, qui sont couvertes d'une couche épaisse d'oxide, doivent être nettoyées.

L'auteur termine son mémoire par le récit de plusieurs cas de névralgies, dont trois dépendaient de l'irritation des dents, et où la guérison a suivi immédiatement l'extraction des dents malades. Une autre série comprend trois cas encore, et où la maladie est attribuée à l'altération des vertèbres ou plutôt à cet état que les Anglais indiquent sous le nom d'*irritation spinale*. Le cas suivant nous en va fournir un exemple.

Obs. — Je fus consulté par une dame de Géorgie, qui, depuis plusieurs années, souffrait des douleurs très-aiguës dans différentes parties du corps, et dont elle n'avait pas été soulagée par les plus habiles médecins d'Amérique et d'Europe. La nuit, elle était torturée par des douleurs névralgiques, soit de la tête, et ressemblant au *clavus hystericus*, soit de la poitrine, et qui s'accompagnaient de très-forts élancemens dans les poumons, le cœur ou le diaphragme, avec impossibilité de conserver la position horizontale. D'autres fois ces douleurs occupaient l'abdomen, se portant tantôt sur un organe, tantôt sur un autre; enfin quelquefois elles se fixaient pour quelques heures sur les membres inférieurs. La malade, privée prsque continuellement de repos, était très-amaigrie; elle avait perdu l'appétit; son estomac était extrêmement irritable et ne pouvait rien digérer. Elle avait été traitée comme étant affectée d'une angine de poitrine, de dispepsie, d'hépatite chronique, de goutte, de rhumatisme, de prolapsus de l'utérus, etc. suivant la prédominance des symptômes à l'époque; mais à ma première visite, je reconnus que tous ces symptômes devaient être rapportés à l'irritation générale. Je fus confirmé dans cette opinion, lorsque examinant la colonne vertébrale, je trouvai que les dernières vertèbres dorsales faisaient une saillie et étaient sensibles à la pression. Le séjour au lit, et quelques moyens locaux tels que des ventouses, des sangsues et un vésicatoire, appliqués aux environs de la tumeur, lui procurèrent assez de soulagement pour l'engager à continuer ce traitement le temps nécessaire, et au bout de plusieurs mois elle était complétement rétablie.

La dernière série de cas rapportés par M. Chapman comprend ceux qu'il attribue à l'irritation du système ganglionaire. C'est dans ces cas qu'il a obtenu le plus de succès de l'emploi du carbonate de fer.

Obs. — Un habitant de la Louisiane, bien que demeurant dans un district très-marécageux, avait cependant entièrement échappé aux fièvres intermittentes qui pendant plusieurs années y avaient été très-fréquentes; mais depuis deux ans il souffrait de crampes de l'estomac qui d'abord revinrent exactement chaque jour, et ensuite tous les deux jours. A ces crampes succédèrent des élancemens très-aigus dans la région des reins et de la vessie, qui n'offrirent plus de périodicité, et revinrent très-irrégulièrement. Plusieurs médecins avaient été consultés, et les uns avaient considéré cette maladie comme une hépatite chronique, d'autres comme une néphrite calculeuse, d'autres pour la goutte, etc. M'étant bien assuré qu'il n'en était rien, je crus devoir la considérer comme de nature névralgique dépendant de l'influence des miasmes marécageux. Je commençai par soumettre le malade à l'usage des pilules bleues, que j'alternais quelquefois avec un purgatif, et ensuite je lui administrai le sulfate de quinine à forte dose, uni à la piperine. Le malade éprouva un soulagement notable; mais comme il n'était pas complet, j'eus recours enfin au sulfate de cuivre, qui fit disparaître tous les phénomènes morbides.

Observation de paraplégie guérie par le galvanisme appliqué par la méthode du Docteur HARRIS.

Obs. — Mullen, Irlandais, âgé de 26 ans, fut admis le 12 juin 1833, affecté d'une paraplégie; il rapporte que jusqu'à l'époque où, l'année dernière, il fut pris d'une fièvre intermittente, sa santé avait toujours été bonne et qu'il avait pu se livrer aux travaux les plus rudes. Il est pâle, très-abattu, maigre; il éprouve encore de temps en temps des frissons et de la fièvre, et dans l'intervalle sa température et celle des membres inférieurs surtout est très-basse. Il y a une déviation considérable de l'épine qui offre une tumeur de trois pouces de diamètre à sa base sur un pouce et demi de saillie, et est placée au-dessus de la cinquième ou de la sixième vertèbre dorsale.

Cette tumeur remonterait, si l'on croyait le malade, aux premières années de son existence, et il n'en avait jamais éprouvé d'incommodités; quand le séjour qu'il fit au lit pendant sa fièvre l'irrita; puis elle s'excoria et les progrès de l'ulcération s'accompagnèrent d'une diminution graduelle de la sensibilité et du mouvement des extrémités inférieures, jusqu'à ce qu'enfin il perdit entièrement l'un et l'autre, et maintenant la paralysie est complète. Il ressent dans les régions iliaques et le long du rachis quelques douleurs qui étaient beaucoup plus fortes et plus fréquentes avant que la paralysie fût complète. Un grand nombre de moyens avaient été employés, et, comme on le voit, sans succès. La première indication était de faire disparaître la fièvre intermittente qui persistait toujours, ce que l'on obtint en quinze jours de l'emploi des moyens ordinaires.

Quant à la paralysie, elle fut combattue par deux ordres de moyens différens. D'abord le malade fut couché sur un plan incliné, de manière que la moitié supérieure du corps fût soutenue, et que la partie inférieure fût presque abandonnée à son propre poids. Cette position lui procura immédiatement un soulagement indéfinissable, mais les parties inférieures n'en restèrent pas moins insensibles, et l'on eut recours au galvanisme employé par la méthode du docteur Harris; la seule différence que nous trouvons est que les plaques sont indiquées comme ayant deux pouces de diamètre.

Quelques minutes après que l'appareil eut été appliqué, nous fûmes extrêmement surpris du changement qui se manifestait dans l'état de la circulation et de la température des membres paralysés: le pouls, qui avait varié entre 96 et 112, s'arrêta à 88. La température, qui avant ne s'élevait pas au-dessus de 62°, Fahrenheit arriva en peu de temps à 89°. D'abord l'appareil galvanique fut appliqué deux à trois fois par jour, et main-

tenu pendant une demi-heure chaque fois. Remarquant que la température, la circulation et les sensations générales étaient toujours améliorées pendant l'application de l'appareil, et que la plus grande partie de cette amélioration disparaissait dans l'intervalle, on le maintint constamment appliqué. Au bout de quelques jours l'amendement était notable; la sensibilité commençait à revenir, et quelques très-légers mouvemens se firent apercevoir dans les membres paralysés.

Quelques jours après que l'on eut commencé ce traitement, on voulut s'assurer si l'amélioration qui se manifestait dépendait de la confiance que le malade pouvait avoir dans ce moyen nouveau, et si réellement on devait l'attribuer au galvanisme. On changea les pôles sans que le malade pût s'en apercevoir, et immédiatement la respiration devint laborieuse; il dit que ses entrailles lui semblaient renouées, et qu'il allait être étouffé par quelque chose qui montait du fond de son ventre jusqu'à la gorge, et qui lui donnait le mal de cœur. Il était nécessaire de changer immédiatement la plaque, ce que l'on fit sans qu'il pût s'en apercevoir, et à l'instant même le malade dit qu'il se trouvait de nouveau très-bien.

Le traitement, commencé le 6 septembre, fut continué jusqu'au 30 octobre, où le malade se trouva assez bien pour que l'on crût devoir s'en tenir au plan incliné seulement, et à l'usage de quelques toniques. Pendant le mois de décembre et de janvier, on lui permit de marcher dans les salles, et à la fin de février sa convalescence était très-avancée.

La seconde observation est l'histoire d'un jeune homme âgé de 16 ans, et qui était affecté d'une paralysie générale depuis plusieurs mois. La cause de cette paralysie générale, qui était venue graduellement, était restée inconnue. Après plusieurs traitemens, elle avait été déclarée incurable, et le 11 décembre, on commença l'emploi du galvanisme. A cette époque, la paralysie du mouvement était complète, à l'exception des muscles de la face et du col et de quelques-uns de ceux du bras gauche. La sensibilité, au lieu d'être affaiblie, était plutôt exagérée.

Une grande amélioration se manifesta aussitôt après l'application de l'appareil; au bout de trois jours, le malade pouvait se tenir debout et seul, et au commencement de février il retourna à ses travaux.

Emploi de la belladone dans le traitement de la coqueluche; par le Docteur JACKSON.

L'auteur est l'un des premiers médecins qui aient employé en Amérique la belladone dans le traitement de la coqueluche, et il paraît l'avoir fait avec un succès constant toutes les fois que la préparation qu'il a employée n'était pas altérée, que la maladie était arrivée à la période où les antispasmodiques peuvent être utiles, et qu'il n'a pas dépassé les limites hors desquelles ce traitement peut n'être pas sans danger.

La préparation qu'il a employée est l'extrait de belladone, et s'il lui a donné la préférence sur la poudre des feuilles et des racines de cette plante, qui est ordinairement employée en Europe, c'est uniquement parce qu'il n'a pu se procurer cette dernière; il est toujours facile de s'assurer si l'extrait a conservé ses propriétés, ou s'il n'a pas été falsifié, en examinant l'effet qu'il produit sur la pupille.

L'époque à laquelle il emploie la belladone est celle où les symptômes inflammatoires, lorsqu'ils ont été prononcés, commencent à décliner. Aussi la saignée, les laxatifs, la diète et les vomitifs précèdent-ils presque constamment l'emploi de la belladone, et c'est immédiatement après l'emploi de ces moyens que ce narcotique peut être utile; mais lorsque l'état inflammatoire est peu prononcé, il engage à l'administrer, même pendant la durée du traitement antiphlogistique.

Lorsqu'il doit employer cet extrait, il commence par le faire triturer avec de l'eau, à laquelle il ajoute une quantité d'alcool pour empêcher que la fermentation n'ait lieu. Chez un enfant de trois mois, il en donne environ un sixième de grain toutes les trois heures, un grain chez un enfant de 2 ans et un grain et demi à celui de 4 ans. On doit examiner avec soin les effets qu'il produit sur l'économie, et aussitôt que la pupille commence à se dilater ou l'on cesse totalement de le donner, ou on le continue à de beaucoup plus petites doses; mais aussitôt que l'influence de la médication diminue, ce qu'il est toujours facile de juger par l'état de la pupille, on recommence à l'administrer à doses plus élevées.

Le point sur lequel l'auteur insiste le plus fortement, c'est que l'on peut et l'on doit continuer le traitement jusqu'à ce que l'influence de la belladone sur la pupille soit appréciable. On peut aller jusque-là sans rien craindre; mais aussi on ne peut dépasser cette limite sans imprudence.

Observation d'Hypertrophie des mamelles; par le docteur HUSTON.

Obs. — Charlotte Russel, fille de couleur, arrivée à l'âge de puberté, subit les modifications ordinaires à son sexe; toutefois elle s'aperçut que le sein gauche se développait extraordinairement; et lorsqu'elle atteignit ses quatorze ans et quatre mois, il était d'un volume énorme. Elle entra comme domestique chez M. Henry Miller; les deux seins s'hypertrophièrent progressivement durant six mois; mais à dater de cette époque, l'accroissement devint plus rapide, sans presque aucun dérangement de la santé générale; ses règles étaient seulement peu abondantes. A 16 ans elle entra à la maison de Charité de Philadelphie; à l'examen on aperçut une large escarre superficielle à la partie la plus déclive du sein gauche, résultat d'une contusion récente. Elle souffrait des douleurs cruelles. La langue était chargée, le ventre resserré; la peau des seins chaude; le pouls indiquait une irritation fébrile considérable. On administra les remèdes convenables; quatre jours après toute la surface des deux seins offrait une disposition à la gangrène; la fièvre hectique s'établit; le délire survint,

les forces baissèrent rapidement. Elle continua à languir encore quatre autres jours, puis elle succomba.

Autopsie. A l'extérieur les seins présentent deux masses ovoïdes considérables, s'étendant de la clavicule à l'ombilic. Les mamelons avaient totalement disparu dans cette énorme distension des tégumens ; les dimensions prises avec soin donnèrent les résultats suivans:

	Sein droit.	Sein gauche.
Grande circonférence,	34 pouces.	12 pouces.
Petite circonférence,	18 id.	26 id.
Poids,	12 livres.	20 livres.

A la dissection on ne trouva ni épanchement de liquide, ni développement de tissu morbide. C'était une simple hypertrophie, portée à ce degré énorme, du tissu adipeux et de la glande mammaire.

Les ovaires étaient plus gros que dans l'état normal et ils semblaient avoir subi une altération morbide. L'utérus, de volume ordinaire, avait les deux tiers de sa surface interne tapissés par une lymphe coagulable. Rien de bien remarquable ailleurs.

Ce fait est d'autant plus remarquable que cet accroissement de masse n'avait aucunement influé sur la nutrition des autres organes ; tous avaient leur développement normal ; et la légère altération de la cavité de l'utérus, si étroitement unie de sympathie avec les mamelles, s'explique tout naturellement par l'altération plus voisine des ovaires.

Cas de névralgie traités par le galvanisme ; par le docteur HARRIS, chirurgien de la marine et de l'hôpital de Pensylvanie.

Nous avons fait connaître dans un des articles précédens la manière dont le docteur Harris emploie le galvanisme ; il va nous suffire maintenant de résumer les faits rapportés ici.

Le premier malade chez lequel cette méthode fut employée éprouvait depuis plusieurs mois des attaques d'épilepsie qui revenaient chaque jour avec une grande violence, et étaient accompagnés d'une irritabilité nerveuse extrême et d'une douleur de tête qui paraissait névralgique et avait précédé l'épilepsie. Après quelques jours de l'emploi de l'appareil, l'irritation nerveuse et la douleur névralgique avaient considérablement diminué, et au bout de deux semaines elles avaient totalement cessé ; les attaques d'épilepsie avaient aussi perdu de leur fréquence et de leur intensité, mais le malade ne voulut pas continuer le traitement.

Ce résultat inattendu (le galvanisme était dirigé, non contre la névralgie, mais contre l'épilepsie) détermina le docteur Harris à employer le même moyen dans le traitement d'une névralgie de la tête qui avait résisté à tous les moyens que l'on emploie dans le traitement de ces maladies; au bout de onze jours, la douleur avait entièrement cessé, et deux ans après elle n'avait pas reparu.

Le troisième cas où l'appareil fut employé était celui d'une névralgie de la tête et de la face qui durait depuis huit ans et avait résisté aux moyens ordinaires. Le quatrième jour de l'application de l'appareil galvanique, la douleur avait commencé à diminuer, et le vingt-troisième, elle avait entièrement disparu. Dans un autre cas de névralgie de la face, chez une demoiselle, lequel durait depuis deux ans, il suffit de dix jours d'application de l'appareil pour que la douleur eût tout-à-fait disparu. Dans le cinquième cas, qui était encore une névralgie de la tête et de la face très-grave, et qui avait résisté aux moyens les plus divers, ce ne fut que quatorze jours après l'application de l'appareil que la malade éprouva un peu de soulagement, et il ne fallut pas moins de cinq semaines pour que la douleur eût complètement disparu.

Ces cinq cas, qui tous ont été heureux, étaient autant de névralgies de la tête ou de la face ; mais dans deux autres cas que le docteur Harris rapporte également, et où le traitement a échoué, la douleur occupait différentes parties du corps, et cependant dans un de ces cas le traitement fut continué, sur la demande de la malade pendant plus de cinq mois. Aussi le docteur Harris semble-t-il disposé à admettre que le galvanisme tel qu'il l'emploie n'est utile que dans les cas où la névralgie occupe soit la tête, soit la face.

Destruction de l'utérus, du périnée et du rectum à la suite d'un accouchement ; guérison ; par le docteur John SWETT, de Sidgway.

L'observation qu'on va lire, fort rare et fort curieuse, offre un exemple frappant des ressources de la nature dans des cas presque désespérés.

Obs.— Une femme âgée de 30 ans, de constitution robuste, accoucha de son premier enfant le 28 juin 1830, à terme, après trente-six heures d'un travail pénible. Durant ce temps, on lui avait tiré du sang, administré trois ou quatre doses d'opium ; un médecin peu exercé à cette manœuvre avait appliqué sans succès un forceps d'une construction mauvaise ; tout à coup les douleurs avaient cessé, et il s'en était suivi de la paralysie dans les extrémités inférieures et de la douleur dans les hanches et dans le dos. Plusieurs accoucheurs présens l'avaient laissée dans cet état plusieurs heures, tandis qu'ils dormaient eux-mêmes ; et enfin l'enfant était venu presque sans secours étranger, et du moins sans effort de la mère.

Le 2 juillet, je fus appelé pour visiter cette malheureuse femme, et la trouvai souffrant de douleurs très-aiguës ; le pouls était à 100 pulsations ; elle vomissait une bile d'un vert noirâtre. Ses parens le regardaient comme perdue.

J'administrai d'abord le sulfate de magnésie à dose purgative ; il arrêta immédiatement le vomissement, et peu de minutes après, la malade demanda à manger. Je permis quelque nourriture qui fut agréable à l'estomac ; et aussi souvent que les vomissemens reparurent, le même moyen fut appliqué et réussit de même à les calmer.

J'examinai les parties génitales ; les grandes lèvres et le périnée étaient à l'état de gangrène. Je prescrivis, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la levure et du charbon, du quinquina jaune acidulé avec l'acide sulfurique, et en même temps du vin pour soutenir le système.

Le 12 juillet, la tympanite survint ; je suspendis ce traitement et administrai l'huile de ricin à large dose ; je prescrivis des lotions d'eau froide et l'application d'un bandage sur l'abdomen ; en quelques heures, les intestins furent évacués, et une douce sueur qui suivit enleva de nouveau la douleur.

Le 13, je trouvai le fond de l'utérus descendu dans le vagin et apparaissant à la vulve ; un léger effort de la garde-malade amena au dehors tout le système utérin complètement détaché.

Le 15, le rectum se sépara à quelques pouces au-dessus du niveau des pubis, glissa à son tour dans le vagin, et vint faire saillie à travers les grandes lèvres ; la garde le saisit en ma présence, et en tirant dessus avec douceur, sa partie inférieure se sépara aisément du sphincter de l'anus, sans que la femme se plaignit d'aucune douleur. Je procédai alors à un nouvel examen, et je trouvai le périnée détruit de manière à laisser un cloaque unique s'étendant du coccyx aux os pubis. Le sphincter urétral avait en même temps perdu son action contractile, et il y avait à la fois incontinence d'urine et des matières fécales. Durant plusieurs semaines, la femme souffrit d'une *crurite ou phelgmasia dolens*, qui céda en partie au traitement antiphlogistique.

Au mois de novembre, tout était cicatrisé au dehors ; il ne restait qu'un écoulement de pus qui venait manifestement du bas-ventre. Une anse d'intestin descendait de trois ou quatre pouces dans le bassin, flottait sur le sacrum dans la cavité vaginale, et était sensiblement affectée par l'air froid. Je fis soutenir cet intestin avec une fine éponge en guise de pessaire, qui atteignit avec le temps le but proposé, et garantit du moins l'intestin du contact de l'air froid. La destruction était si étendue et l'orifice si large, que l'œil plongeait dans toute la cavité pelvienne, et pouvait directement s'assurer de l'absence de tout le système utérin et du rectum.

Malgré cet énorme dégât et l'inflammation prolongée des viscères abdominaux, et le pus qui en découlait, les forces revinrent, l'appétit se réveilla, la santé se rétablit. Vers le 1er janvier 1831, les seins commencèrent à sécréter du lait en abondance ; cette sécrétion dura deux mois, puis disparut. Elle arriva conséquemment six mois après l'écoulement, et ni son apparition ni sa disparition ne causèrent aucun trouble dans l'économie.

Depuis lors, la santé se maintint ; les couleurs même sont revenues. Le 16 février 1832, son père m'a appris qu'elle pouvait jusqu'à un certain point rester maîtresse de ses urines, et il y a lieu de croire qu'elle arrivera à les retenir tout-à-fait. Rien de semblable n'est à espérer pour les matières fécales ; mais le 24 mars 1833 la santé était bonne sous tous les autres rapports.

—

II. BALTIMORE MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL AND REWIEW.

(Cahier de janvier).

Recherches sur la pneumonie bilieuse, par le Docteur POTTER, professeur de médecine pratique à l'université de Maryland.

L'auteur, après s'être plaint de l'absence de traités spéciaux sur cette maladie, ou plutôt sur cette variété de la pneumonie, et avoir indiqué les travaux de quelques-uns des auteurs du dernier siècle sur ce sujet, et spécialement l'opinion de Cullen, pour lequel cette pneumonie n'était qu'un typhus compliqué de symptômes pulmonaires et hépatiques, annonce que c'est surtout dans les états de l'Amérique du nord que l'on peut l'étudier avec le plus de succès ; car c'est là qu'on trouve plus qu'ailleurs l'influence toute-puissante de ces miasmes (*malaria*), si abondans dans les pays nouvellement ou partiellement cultivés, et ces variations subites de température extrême qui donnent à la maladie les caractères les plus prononcés et la forme la plus grave. C'est pourquoi dans les états du milieu de l'Amérique du nord tous ses phénomènes sont extrêmement développés, tandis que dans les états situés à l'est la maladie est beaucoup moins bien caractérisée. Mais ce qui est très-remarquable, c'est que, au rapport du docteur Potter, cette maladie devient depuis quelques années très-commune dans des états où auparavant elle était presque inconnue. Ainsi, dans l'état de Jersey et sur les rives de la Dalaware, elle est devenue beaucoup plus commune depuis vingt ou trente ans ; il en est de même au sud du Potomac et dans tous les anciens établissemens du sud, où on l'observe maintenant très-fréquemment, et où, bien que les symptômes inflammatoires soient très-prononcés, cependant elle revêt avec la plus grande facilité le type typhoïde. Déjà la même disposition se remarque dans les états du sud-ouest, et ainsi se trouve vérifiée cette remarque prophétique de Francklin, savoir, « que les pays nouvellement habités restent salubres pendant un certain temps, à la suite de la formation des premiers établissemens ; qu'ensuite, lorsque la culture en a envahi une partie, ils exercent une influence très-fâcheuse sur la santé de l'homme, influence qui ne cesse de se faire sentir que quand l'accroissement de la population exige que tout le terrain soit mis régulièrement en culture. »

Quelle que soit, sur la production de la pneumonie bilieuse, l'influence de ces causes signalées par le professeur Potter, nous avons cru devoir les indiquer, et nous allons également noter quelques-unes des conditions dans lesquelles elle se développe de préférence aux États-Unis, et les symptômes qui en forment les caractères principaux. Le lecteur y trouvera la facilité de comparer les observations recueillies de nos jours avec celles qui ont été rapportées sur divers points de l'Europe pendant le dix-huitième siècle, et il sera à même de reconnaître l'erreur dans la-

quelle se laissent entraîner ceux qui prétendent que dans toutes les pneumonies la phlegmasie est le seul élément important, et qui nient la réalité des constitutions médicales.

La pneumonie n'offre pas également à tous les âges le caractère bilieux; elle est le plus souvent simplement inflammatoire ou catarrhale chez les jeunes enfans; la pneumonie bilieuse est aussi très-rare chez les vieillards, et beaucoup moins commune chez les femmes que chez les hommes. Les nègres en sont aussi rarement affectés, et dans le petit nombre de cas qui en ont été observés chez les hommes de cette couleur, la maladie n'a jamais paru très-développée.

La pneumonie bilieuse règne surtout pendant l'été et l'automne: mais les hivers qui succèdent à un automne où la maladie a été épidémique, et toutes les grandes variations de la température, en voient développer un si grand nombre, qu'alors on pourrait la croire épdémique; c'est surtout ce que l'on observe dans les printemps chauds qui succèdent à un hiver froid. Les sujets qui ont échappé à la maladie pendant l'automne sont plus susceptibles de la contracter pendant l'hiver et le printemps; mais ceux qui ont été guéris des fièvres d'automne par d'abondantes évacuations sont rarement atteints de pneumonie bilieuse; de même encore, les sujets chez lesquels on a coupé prématurément une fièvre intermittente ou rémittente par le quinquina ou d'autres moyens, sans les avoir abondamment purgés, sont très-sujets à la pneumonie bilieuse.

Une lassitude générale, la perte de l'appétit, l'amertume de la bouche, la constipation pendant un ou deux jours, une sensibilité exquise dans les régions abdominales ou thoraciques, et une douleur obtuse s'étendant depuis le foie jusqu'aux poumons, et s'élevant quelquefois jusqu'à l'articulation de l'épaule, sont les signes précurseurs de la pneumonie bilieuse lorsqu'elle ne se développe pas subitement. Très-souvent des symptômes pulmonaires n'apparaissent qu'au bout de deux ou trois jours, et même il arrive quelquefois que la maladie offrant la plupart de ses caractères, les poumons restent cependant à l'état sain. Une céphalalgie intense est le symptôme le plus constant et le plus saillant; elle précède ou accompagne toujours la réaction, qui, dans les cas les plus formidables, est précédée d'un frisson.

La peau offre fréquemment, quelques jours avant le développement de la maladie, une teinte jaunâtre qui est surtout marquée à la face. L'expectoration est moins copieuse que dans la pneumonie inflammatoire; les crachats présentent une grande variété de nuances, depuis le bleu foncé jusqu'au jaune de paille clair. Quelquefois, il y a des vomissemens de bile abondans ou des évacuations alvines bilieuses. L'urine, quoique limpide au commencement, ne tarde pas à prendre une couleur de plus en plus foncée et qui ressemble quelquefois à du fort café.

Au commencement, les symptômes sont ordinairement bien tranchés; mais si le traitement n'est pas employé à temps, ou s'il n'est pas dirigé comme il doit l'être, d'autres organes ne tardent pas à se prendre, et il survient des complications si nombreuses qu'il serait impossible de trouver dans les cadres nosologiques un nom pour désigner cet état. A l'autopsie, on a trouvé les poumons, les plèvres, les bronches, la trachée, le péricarde, le diaphragme, et une foule d'autres organes gravement affectés.

Le sang tiré de la veine a souvent un aspect tout-à-fait particulier; le caillot est contracté sous forme d'une petite coupe et recouvert d'une couenne jaune et très-épaisse; le sérum est plus jaune que dans les autres maladies.

Le traitement recommandé par le professeur Potter comme ayant été utile dans cette pneumonie bilieuse se compose de saignées faites dès le début, lorsqu'on est appelé à temps; de vomitifs et de purgatifs. Dans beaucoup de cas une seule saignée trop abondante amenait immédiatement les symptômes de collapsus et hâtait la venue de la période adynamique. Aussi, il préfère pratiquer plusieurs saignées et les faire plus faibles. Le reste du traitement n'offre rien de très-remarquable.

Remarques sur une méthode d'effectuer l'accouchement dans les cas de difformité du bassin; par Ch.-D. MEIGS, M.-D.

L'auteur s'appuie sur un fait très-réel, savoir que quand le bassin est réduit à deux pouces d'étendue dans un de ses principaux diamètres, l'excérébration ne suffit pas pour permettre l'issue de la tête du fœtus, attendu que la base du crâne, toute solide et non susceptible de diminution, a toujours beaucoup plus de largeur. Pour qu'elle puisse passer, il faut donc qu'elle se présente obliquement, ce qui ne se peut faire tant que la voûte du crâne est conservée. En conséquence il propose deux pinces particulières qui ne ressemblent pas mal à un davier droit et à un davier courbe, et qui doivent servir à arracher, morceaux par morceaux, tous les os qui constituent la voûte du crâne; ce qui se fait, ajoute-t-il, avec une grande facilité.

Nous n'insisterons pas long-temps sur ce nouveau procédé. Quand l'enfant est présumé vivant l'opération césarienne ou la symphiséotomie sont préférables à toute autre méthode; et quand il y a lieu de penser que l'enfant est mort, le moyen le plus simple et le plus efficace est le *céphalotribe* de M. Baudelocque neveu, instrument déjà mis plusieurs fois en usage avec succès, et sur lequel nous publierons prochainement un travail complet.

N° DU 25.

MALADIES DES ENFANS.

Exposé succint des différentes méthodes de traitement employées à l'hôpital des enfans malades de Vienne, par le docteur GOELIS, médecin en chef de cet établissement.—1er article.

Un disciple de M. Goëlis, M. Brosius, qui a long-temps suivi le service du célèbre médecin de Vienne

et écrit sous sa dictée le livre des ordonnances, a dernièrement consigné dans un petit opuscule allemand le genre de traitement employé par son maître dans les différentes maladies de l'enfance. M. Brosius a également eu soin de faire part, à l'occasion de chaque maladie, des différentes observations qu'il a entendu faire à M. Goëlis relativement aux causes, aux symptômes, au siége et à la nature des maladies.

Nous avons donc cru devoir reproduire ce travail, persuadés que nous sommes qu'il faut surtout connaître et étudier les procédés des hommes qui se sont illustrés dans une spécialité quelconque : l'habitude leur donne un coup d'œil plus juste, et l'expérience leur fait éviter toute fausse voie thérapeutique.

Maladies inflammatoires.

D'après les observations de M. Goëlis, les deux tiers des maladies de l'enfance sont de nature inflammatoire; aussi faut-il être très-réservé avec les stimulans chez les enfans, et se borner souvent, surtout quand le cas est douteux, à un traitement léger et doux.

Les maladies fébriles observent un type régulier ; les exacerbations reviennent à des heures déterminées : quelquefois seulement elles retardent ou avancent un peu.

Les fièvres inflammatoires sont marquées par un éclat tout particulier des yeux. Si, dans ces sortes de fièvres, il y a des vers en jeu, on peut être sûr qu'il se présentera des anomalies dans le courant de la maladie.

Pneumonie.

La pneumonie des enfans se reconnaît principalement à la douleur que produisent la respiration et la toux. La prescription que M. Goëlis fait ordinairement, dans cette affection ainsi que dans d'autres maladies inflammatoires, est la suivante :

Infusion de racine de réglisse, Décoction de graine de lin,	de chaque, 2 onces.
Nitrate de potasse,	1 scrupule.
Oxymel simple,	1 once et demie.

M. et S. A prendre une petite cuillerée par heure (pour un enfant de deux ans à peu près).

Le mélange d'une infusion de réglisse et d'une décoction de graine de lin est le véhicule ordinaire pour la plupart des potions prescrites à l'hôpital des Enfans de Vienne. Dans la pratique civile, M. Goëlis remplace ce véhicule par une décoction de racine de guimauve ou de salep.

Lorsque la résolution a eu lieu, on remplace le nitrate de potasse par l'acétate d'ammoniaque, dont on ajoute un gros à la potion ci-dessus.

Dans la pneumonie des enfans rachitiques, M. Goëlis aime surtout l'acétate d'ammoniaque, parce que ce moyen stimule un peu ; car, dans ces sortes de cas, il y a relâchement des bronches et accumulation de mucosités.

Ce que Schœffer désigne sous le nom de *paralysie pulmonaire* dans son Traité des maladies de l'enfance, n'est, d'après M. Goëlis, qu'une véritable bronchite, et ne doit pas être traité avec le musc, mais avec les sangsues et les vésicatoires.

Angine gutturale.

M. Goëlis a une manière et une habileté toutes particulières d'ouvrir la bouche aux enfans, pour pouvoir regarder le gosier : c'est en quelque sorte en jouant, qu'il introduit le petit doigt dans la bouche et le presse ensuite sur la base de la langue. Ce dernier mouvement provoque aussitôt un effort pour vomir, par suite duquel le gosier s'ouvre amplement et permet aux regards de l'observateur d'y pénétrer. Par ce moyen d'exploration, on s'assure toujours de l'existence d'une angine gutturale. La maladie est fréquemment accompagnée de vomituritions ; lorsqu'elle siége plus bas dans l'œsophage, les enfans tiennent le cou raide.

Il ne faut jamais omettre d'examiner la cavité gutturale lorsqu'il règne une constitution catarrhale ; on s'exposerait à méconnaître bien des angines.

Si un mouvement fébrile accompagne cette angine, on donne le nitrate de potasse à l'intérieur, comme dans la pneumonie. Si la fièvre n'existe pas, on donne l'acétate d'ammoniaque, suivant la manière déjà indiquée. Outre ces moyens intérieurs, on a soin de faire envelopper chaudement le cou, de l'entourer de sachets, etc.

Angine séreuse.

Cette maladie, qui, comme on sait, consiste dans un gonflement sans rougeur, est traitée par l'acétate d'ammoniaque.

Angine membraneuse, Croup.

Lorsque l'angine membraneuse paraît au moment de l'éruption d'une rougeole, elle ne présente pas de gravité ; mais si elle paraît seulement dans le cours de l'exanthème ou même après, elle offre des dangers. Quand un enfant est affecté d'angine membraneuse, il ne faut pas le laisser dormir plus d'une demi-heure de suite : on le tiendra éveillé en lui présentant fréquemment des boissons tièdes.

Lorsque l'emploi du calomel produit des selles liquides, il faut un peu suspendre ce moyen ; car si l'on y insistait, il pourrait facilement s'ensuivre une entérite. L'angine disparaîtrait, mais l'enfant serait perdu sans ressource.

Dans cette maladie il ne faut pas trop insister sur le calomel, s'il y a une disposition scrophuleuse chez les enfans ; parce que l'usage un peu suivi de ce moyen peut facilement changer une simple disposition en une affection scrophuleuse déclarée.

Il faut aussi se garder d'administrer trop tôt le musc contre un reste de toux spasmodique, parce que,

pour peu qu'il y ait encore d'inflammation, ce moyen peut déterminer une récidive. Il vaut mieux persister davantage dans l'emploi des antiphlogistiques.

Les moyens que M. Goëlis dirige contre l'angine membraneuse, sont, comme chez tous les bons praticiens : des sangsues; le calomel, administré quelquefois à la dose d'un grain par heure, avec du sucre, et en outre des frictions avec un mélange d'onguent mercuriel et d'onguent d'althœa dans le cou et les parties supérieures de la poitrine; dans les intervalles du nitrate de potasse; des vomitifs, quand la respiration est stertoreuse; enfin des vésicatoires, qui, employés à temps, sont, d'après M. Goëlis, le moyen le plus puissant pour prévenir l'exsudation membraniforme.

Pour faire vomir les enfans, M. Goëlis préfère, en général, le tartre stibié avec quelques grains de sel ammoniac, en solution dans de l'eau distillée.

Le sulfure de potasse est regardé par M. Goëlis comme un moyen sans effet, comme un moyen difficile à administrer, vu le dégoût qu'il provoque, et avec lequel il faut bien se garder de perdre un temps précieux.

Inflammation de la cavité buccale (Stomatite).

Dans cette affection on donne intérieurement l'acétate d'ammoniaque. S'il y a de petites ulcérations, on les fait toucher avec le mélange suivant :

Miel rosat,	1 once et demie.
Mucilage de coings,	1 once.

L'emploi du borax ne convient pas, parce que ce moyen serait trop irritant.

Dentition difficile.

Cette affection se reconnaît très-facilement à la couleur rose des gencives, qui s'élargissent à l'endroit où perce la dent. Si la dentition est bien pénible, il paraît souvent une éruption cutanée, et chez les enfans replets, qui ont des croûtes teigneuses sur la tête, la teigne augmente quelquefois subitement.

Inflammation de la moelle épinière (Myélite).

Quand un enfant présente les symptômes suivans, on peut être persuadé qu'il est affecté de myélite. Le corps est étendu tout droit depuis la tête jusqu'aux pieds; les bras sont fortement serrés contre la poitrine; les avant-bras ne se meuvent que faiblement dans l'articulation du coude, davantage dans le sens de la pronation et de la supination; quelquefois la main peut être portée jusqu'à la poitrine, rarement jusqu'à la bouche. Les membres inférieurs sont fortement appliqués l'un contre l'autre dans toute leur longueur, et lorsqu'on essaie de les séparer, l'enfant jette des cris. Il pousse également des cris très-forts quand on déplace son corps, en saisissant, par exemple, les épaules. La maladie est encore caractérisée par une grande tendance à la diarrhée.

C'est avec ces symptômes que se présente la myélite avant que l'inflammation n'ait gagné le cerveau; mais si ce dernier organe s'affecte, il se manifeste aussitôt des convulsions et la diarrhée cesse.

Le traitement est antiphlogistique.

Hydrocéphale aiguë.

Si un enfant crie constamment dès le jour de sa naissance, s'il mange beaucoup, que les selles soient verdâtres, s'il est étendu tout droit dans son lit, la tête droite également, et qu'il rejette la tête en arrière en enfonçant l'occiput dans les coussins, on peut avoir la certitude qu'il se formera un hydrocéphale.

Quand M. Goëlis appréhende cette maladie, il s'informe encore si ces enfans sont de mauvaise humeur, s'ils sont indifférens pour les choses qu'ils aimaient le plus, s'ils soupirent fréquemment, s'ils vomissent quelquefois, et si leur regard est souvent fixe et rêveur.

Parmi les signes pathognomoniques il faut de plus compter une voix nasillarde, et cette circonstance que quand on présente aux enfans un objet qu'ils voudraient saisir, ils saisissent à côté. Enfin le regard d'un enfant menacé d'hydrocéphale, sa physionomie, ses gestes, tout est significatif pour le praticien exercé.

Ce qui ne manque jamais dans l'hydrocéphale aiguë, c'est une diminution prompte de l'abdomen. Les enfans qui avaient un gros ventre le perdent déjà durant la période inflammatoire, et, pendant l'état comateux, ce signe est le plus certain pour distinguer l'hydrocéphale aiguë du typhus, où le ventre est le plus souvent météorisé. Quelque gros qu'ait été le ventre avant la maladie, les intestins se rétractent tellement vers la colonne vertébrale, qu'on croirait qu'ils ont entièrement disparu.

Les causes les plus ordinaires sont, d'après M. Goëlis, des contusions de la tête, des commotions du cerveau par suite de chutes, de coups, etc.

Lorsqu'on ne fait encore que soupçonner la maladie, on peut déjà, par système de précaution, administrer le calomel et recourir à la pommade émétisée.

En général le calomel est le principal moyen dans cette maladie; on le donne toujours à la dose d'un demi-grain toutes les heures ou toutes les 2 heures, ou bien à celle d'un grain toutes les trois heures, selon les circonstances et selon qu'on a en vue de remédier à la constipation.

Les fomentations froides sur la tête et l'emploi du nitrate de potasse dans la période inflammatoire peuvent être continuées sans inconvénient jusque dans la période d'épanchement, parce que, dit-il, cette période une fois arrivée, rien ne saurait plus faire grand mal. Les affusions froides et l'emploi extérieur de l'éther sulfurique sur la tête, moyens recommandés encore par Formey dans la période d'épanchement, sont sans aucune utilité, selon M. Goëlis.

Lorsque l'hydrocéphale aiguë est accompagnée d'une diarrhée aqueuse, il ne se forme pas facilement d'épanchement. On peut encore présumer une heureuse issue

si les enfans redeviennent maîtres de leur tête, s'ils peuvent la relever et la diriger de tous côtés. On aime également à voir le pouls, de lent qu'il est ordinairement, devenir de nouveau régulier et fébrile : c'est un signe que la résorption commence à s'opérer.

Différentes maladies de poitrine. — Toux simple.

Lorsqu'il n'y a qu'une simple toux, M. Goëlis donne l'infusion de réglisse avec la décoction émolliente dont il a déjà été question plus haut, en y ajoutant quelques gouttes de laudanum de Sydenham et de l'oximel simple. Si la toux devient grasse, il remplace l'oximel simple par l'oximel scillitique. Ainsi, pour un enfant de deux ans, il prescrit :

Infusion de réglisse,	
Décoction de graine de lin (ou de guimauve),	
} de chaque,	1 once.
Laudanum de Sydenham,	2 gouttes.
Oxymel simple ou scillitique,	2 gros.

M. et S. A administrer par cuillerées à café.

Quand la toux est opiniâtre ou qu'il y a un catarrhe négligé, M. Goëlis recommande fortement la douce-amère sous la forme suivante :

Infusion de réglisse et décoct. émolliente,	3 onces.
Extrait de douce-amère,	10 grains.
Laudanum de Sydenham,	2 gouttes.
Oxymel simple,	3 gros.

M. et S. A administrer par cuillerées à café, pour un enfant de 2 ans.

Chez un enfant de 4 à 5 ans qui avait une toux opiniâtre avec expectoration fétide, M. Goëlis a donné une poudre composée de parties égales de réglisse et de charbon végétal, à la dose d'une cuillerée à café, plusieurs fois par jour. Outre ce moyen, il a ordonné de la tisane de lichen.

Toux convulsive. — Coqueluche.

M. Goëlis traite toujours la coqueluche suivant le caractère dominant de la maladie, et il avertit qu'on ne peut être heureux dans le traitement, à moins qu'on ne sache si l'épidémie est de nature inflammatoire, catarrhale ou purement nerveuse. Quand il y a absence de fièvre et que le caractère nerveux existe, il prescrit :

Musc,	3 grains.
Extrait aqueux d'opium,	Demi-grain.
Poudre de gomme arabique,	1 scrupule.
Sucre blanc,	2 gros.

M. ; f. une poudre. Divisez en six doses, dont on fait prendre une toutes les trois heures.

M. Goëlis vante beaucoup aussi la belladone dans la coqueluche ; seulement ce moyen exige des précautions dans son emploi : il faut que le mal soit purement spasmodique, qu'il n'y ait rien d'inflammatoire ni de catarrhal. Quand donc la belladone est indiquée, il en préfère la racine sous cette forme ci :

Racine de belladone,	1 grain.
Extrait aqueux d'opium,	1 demi-grain.
Sucre blanc,	4 scrupules.

M. ; f. une poudre. Divisez en huit doses, dont on fera prendre une soir et matin, ou bien toutes les trois heures, selon les circonstances, jusqu'à ce que la face s'anime un peu.

En même temps il prescrit les frictions suivantes sur l'épigastre :

Teinture aromatique,	Demi-once.
Laudanum de Sydenham,	Demi-gros.

Ou bien encore le mélange suivant, qu'il fait étendre sur un morceau de peau et appliquer sur la région de l'estomac :

Électuaire anodin,	
Poudre de racine de belladone, }	de chaque, 1 scrupule.
Laudanum de Sydenham,	
Gomme arabique,	8 gros.

Pour tisane on emploie un mélange de racine de guimauve, de racine de réglisse et de douce-amère.

Dans une épidémie de coqueluche, qui eut lieu à Vienne en 1816, la poudre de Dower combinée avec les émolliens produisit les plus heureux résultats, administrée ainsi qu'il suit :

Infusion de réglisse,	
Décoction émolliente, }	de chaque, 1 once et demie.
Nitrate de potasse,	10 grains.
Poudre de Dower,	1 ou 2 grains.
Laudanum de Sydenham,	2 gouttes.
Sirop simple,	1 once.

Une cuillerée à café par heure pour un enfant de 2 ans.

Les frictions avec la pommade stibiée tourmentent le plus souvent inutilement les enfans ; et, lors même que ce moyen fait diminuer la coqueluche, la convalescence des petits malades devient toujours longue, surtout parce que ces sortes de frictions détruisent pour long-temps l'appétit.

S'il n'y a pas de fièvre dans la deuxième période de la maladie, les enfans supportent très-bien les boissons froides ; autrement il faut que toutes les boissons soient tièdes.

L'amélioration commence dès que les quintes laissent de plus longs intervalles entre elles. Souvent la maladie traîne à sa suite une toux opiniâtre, pendant laquelle les enfans rejettent des crachats, comme s'ils étaient phthisiques. On donne alors ce qui suit :

Salep,	15 grains.

Faites une décoction de 14 onces et ajoutez :

Sirop diacode,	1 once.

Avec le thé suivant :

Racine de guimauve,	1 once.
Douce-amère, Racine de réglisse,	de chaque, demi-once.

Asthme périodique des enfans.

Dans cette affection M. Goëlis prescrit :

Muse,	2 grains.
Mucilage de gomme arabique,	2 gros.
Eau de fleurs de tilleul,	2 onces.
Succinate d'ammoniaque,	4 gouttes.
Sirop de camomille,	Demi-once.

A en donner une cuillerée à café par heure pour des enfans d'un an.

En même temps il fait prendre des bains chauds, auxquels il fait ajouter de la lessive de cendres et une infusion de camomille. L'enfant reste un quart d'heure ou une demi-heure dans l'eau, et immédiatement après il est enveloppé de linges chauds et couché ; le tout dans l'intention de porter à la peau. On donne aussi la potion suivante :

Racine de valériane,	Demi-gros.

Faites une infusion de 3 onces et ajoutez :

Succinate d'ammoniaque,	8 à 10 gouttes.
Sirop de camomille,	Demi-once.

Plus tard on place aussi des vésicatoires sur la poitrine.

Suffocation périodique.

On observe quelquefois chez les enfans des accès de suffocation ; ils deviennent tout bleus et perdent l'haleine. Ces accès ont pour habitude de revenir, mais non pas à des intervalles déterminés. D'après l'expérience de M. Goëlis, ils peuvent être déterminés par un épanchement d'eau dans le cerveau ; ou bien cet état peut souvent indiquer le premier degré de l'hydrocéphale chronique. Si la maladie en question est accompagnée de fièvre, il faut avant tout que cet état soit combattu ; puis on fera bien d'administrer de petites doses de calomel alternativement avec la poudre suivante :

Poudre de valériane,	5 grains.
Carbonate de chaux, Sucre blanc,	de chaque, 10 grains.

qu'on fera prendre trois fois par jour. En outre on ordonnera des bains de camomille et de lessive de cendres, tels que ceux qui viennent d'être indiqués à l'occasion de l'asthme périodique.

Palpitations de cœur.

M. Goëlis traite les palpitations comme une affection particulière, et prescrit :

Teinture de digitale,	1 gros et demi.
Succinate d'ammoniaque,	Demi-gros.
Laudanum de Sydenham,	1 scrupule.

A en faire prendre trois fois par jour plusieurs gouttes.

Hémoptysie.

Dans ce cas, M. Goëlis vante fort une émulsion gommeuse combinée avec une décoction de digitale, surtout lorsqu'il existe un état cachectique qui défend toute émission sanguine. Ce moyen fait cesser l'hémoptysie sans laisser d'induration comme font les astringens, à la suite desquels il reste le plus souvent une petite toux sèche.

Différentes maladies du bas-ventre. — Diarrhée.

Si la diarrhée chez les enfans est accompagnée de douleurs dans le bas-ventre, on peut toujours admettre un état sub-inflammatoire. On ne doit alors employer que des émolliens (*diluentia*). Dans la diarrhée ordinaire simple, on donne

Décoction de guimauve et de salep,	2 onces.
Laudanum de Sydenham,	2 gouttes.

A la dose d'une cuillerée à café par heure ou toutes les deux heures.

Dans la diarrhée catarrhale, M. Goëlis fait prendre

Décoction de guimauve,	3 onces.
Extrait de douce-amère,	3 grains.
Laudanum de Sydenham,	2 gouttes.
Sirop diacode,	Demi-once.

Par cuillerées à café toutes les heures.

Si ces sortes de diarrhée traînent en longueur, le camphre à petites doses devient un excellent moyen ; il produit un sentiment de chaleur tout particulier et bienfaisant dans l'estomac. Ainsi on donne.

Camphre dissous,	Demi-grain.
Décoction émolliente,	1 à 2 onces.
Laudanum,	1 à 2 gouttes.

Par cuillerées à café toutes les heures ou toutes les deux heures.

Quand dans une diarrhée chronique il s'agit de tonifier, on emploie la racine de colombo ; mais il faut alors qu'il n'y ait plus de fièvre, et que les intestins ne soient pas dépouillés de leur mucus par de trop fortes évacuations alvines.

Racine de colombo,	Demi-gros.
Salep,	10 grains.

Faites cuire pendant un quart d'heure pour avoir 3 onces de colature, et ajoutez :

Sirop de camomille,	Demi-once.

A donner par cuillerées à café d'heure en heure.

On peut aussi employer la formule suivante :

Décoction de salep (faite avec 8 grains),	2 onces.
Poudre de colombo,	8 à 10 gr.
Laudanum,	2 gouttes.
Sirop diacode,	Demi-once.

A donner de la même manière, après avoir chaque fois secoué la fiole.

S'il y a déjà de l'atonie, on peut remplacer la poudre de colombo par 15 gouttes d'élixir viscéral d'Hoffmann.

Dans une diarrhée chronique, à la suite d'une fièvre muqueuse, M. Goëlis a prescrit :

Racine d'arnica,	Demi-gros.
— de colombo,	2 scrupules.

Faites infuser pendant un quart d'heure, et ajoutez à la colature de 4 onces :

Laudanum,	2 gouttes.
Sirop de menthe,	Demi-once.

A administrer par cuillerées à café. (Pour un enfant de 3 ans.)

Lorsque la diarrhée a pour résultat un relâchement d'intestins, M. Goëlis ordonne :

Eau distillée de cerises noires,	3 onces.
Extrait de pissenlit,	2 gros.
— de rhubarbe,	Demi-gros.
Sel ammoniaque,	6 grains.
Sirop de menthe,	1 once.

A faire prendre par cuillerées à café.

En outre il fait frictionner tout l'abdomen avec l'onguent nervin renforcé par une addition de camphre.

Quand dans une diarrhée chronique il y a des vers en jeu, M. Goëlis prescrit :

Racine de valériane,	Demi-gros.
— de colombo,	1 gros.

A infuser pour une colature de 5 onces, à laquelle on ajoute :

Camphre dissous,	1 grain.
Laudanum,	2 à 3 gouttes.
Sirop d'écorces d'oranges,	Demi-once.

A administrer par cuillerées à café. (Pour des enfans de 4 ans.)

Chez les enfans rachitiques la diarrhée produit une chute du rectum.

Choléra des enfans.

Lorsque cette maladie est de nature inflammatoire, elle est très-grave ; il survient très-facilement de la gangrène, et les enfans sont perdus. Un sinapisme appliqué sur le ventre jusqu'à ce que la peau commence à rougir, peut encore quelquefois sauver les petits malades. Dans le choléra ordinaire, M. Goëlis donne intérieurement :

Infus. de réglisse avec décoct. émolliente,	2 onces
Laudanum,	2 gouttes.
Élixir viscéral,	6 gouttes.
Sirop diacode,	2 gros.

Et à l'extérieur.

Onguent nervin,	Demi-once.
Camphre,	10 grains.
Laudanum,	2 grains.

En frictions sur l'épigastre.

Cependant l'élixir viscéral n'est pas toujours à sa place dès le commencement de la maladie, et alors M. Goëlis prescrit la potion suivante :

Décoction de salep (faite avec 8 grains),	3 onces.
Laudanum,	2 gouttes.
Sirop diacode,	Demi-once.

Vomissemens.

Quand le vomissement est opiniâtre, M. Goëlis le traite de la même manière que le choléra.

Constipation.

Les moyens prescrits contre la constipation ordinaire sont les suivans :

Infusion de réglisse et décoct. émolliente,	3 onces.
Sulfate de magnésie,	1 à 2 gros.
Sirop,	Demi-once.

Ou bien :

Infusion de fenouil, } Eau distillée de fenouil, }	de chaque, 2 onces.
Teinture aqueuse de rhubarbe,	1 gros.

A donner par cuillerées à café d'heure en heure.

Coliques.

Les coliques chez les enfans se reconnaissent facilement en ce qu'ils sont inquiets, sans repos, qu'ils pleurent constamment, qu'ils trépignent, tirent les cuisses vers le ventre, font différens mouvemens de figure pendant le sommeil, jettent le corps çà et là, et s'éveillent en criant. Lorsqu'on examine un enfant qu'on suppose affecté de coliques, il ne faut pas négliger de voir s'il n'existe pas une cause extérieure à ses souffrances, s'il n'est pas serré par quelque pièce d'habit, ou piqué par une épingle, etc. Pendant les coliques les enfans urinent souvent beaucoup.

Différentes causes internes peuvent déterminer des coliques ; ce sont : 1° les *acidités*, marquées par des selles vertes ; dans ce cas on donne :

Infus. et eau distillée de fénouil, de chaque,	2 onces.
Magnésie carbonatée,	15 grains.
Laudanum de Sydenham,	2 gouttes.
Sirop,	Demi-once.

2° Les *flatuosités*, marquées par des gargouillemens

et des vents. Ici on donne la potion suivante, avec ou sans addition de magnésie :

Eau distillée de fenouil,	2 onces.
Mucilage de gomme arabique,	2 gros.
Laudanum,	2 gouttes.
Sirop de camomille,	Demi-once.

3° Une *indigestion.* Dans ce cas, on prescrit :

Eau distillée de fenouil,	2 onces.
Teinture aqueuse de rhubarbe,	2 gros.
Muriate de magnésie,	10 grains.
Sirop,	Demi-once.

Vers.

La dilatation de la pupille n'est pas un signe pathognomonique de l'existence des vers, car ce symptôme se retrouve aussi dans le cas d'*infarctus* intestinal. Le moyen ordinaire que M. Goëlis donne contre les vers est le suivant :

Calomel,	3 grains.
Poudre de valériane,	1 scrupule.
Sucre blanc,	1 gros.

Pour faire une poudre que l'on divise, selon l'âge, en 4 ou 6 parties, dont 3 pour une journée.

Quelquefois il y ajoute encore 20 grains de semencontrà. Il prescrit aussi la formule suivante :

Infusion de réglisse, Décoction émolliente,	de chaque, 2 onces.
Extrait de valériane,	10 grains.
Oximel scillitique,	2 gros.

A donner par cuillerées à café.

Et, après ce moyen, le purgatif suivant :

Calomel,	3 grains.
Poudre de racine de jalap,	1 scrupule.
Sucre blanc,	2 scrupules.

Pour en faire 4 ou 6 poudres, dont une chaque soir.

L'anthelminthique suivant est également employé par M. Goëlis :

Infusion de réglisse, Eau distillée de tanaisie,	de chaque, 2 onces.
Poudre de mousse de Corse,	1 scrup.
Oximel scillitique,	Demi-gros.

A prendre par cuillerées à café d'heure en heure.

Lorsqu'il y a des ascarides vermiculaires, on fait prendre des lavemens de lait dans lequel on a fait bouillir de l'ail, ou des lavemens d'une décoction d'ail et d'absynthe. Pour attirer ces sortes de vers on place les enfans sur un vase de nuit dans lequel on a versé du lait chaud.

Engorgement des intestins (Infarctus intestinal).

Dans ce cas M. Goëlis ne donne que des résolutifs.

Infusion de fenouil, Eau distillée de fenouil,	de chaque, 2 onces.
Tartrate acide de potasse,	10 grains.
Oxymel scillitique,	2 gros.

A faire prendre par petites cuillerées.

La crême de tartre peut être remplacée par un autre sel résolutif. Extérieurement il emploie.

Onguent de geneviève, — napolitain,	parties égales.

Pour des frictions sur le bas-ventre.

En même temps il met les enfans à l'usage du café de glands de chêne, et leur fait prendre des bains tièdes. D'après M. Goëlis, il y a une certaine configuration bosselée des joues, qui est un véritable signe pathognomonique de l'infarctus intestinal chez les enfans. Cette bosselure correspond aux os malaires et fait l'effet d'une amande qui serait placée sous la peau ; elle est surtout prononcée quand les enfans rient ou pleurent. Lorsque ce signe existe, il n'y a plus d'espoir de guérison.

Ictère des nouveau-nés.

Dans ce cas on prescrit :

Eau distillée de fenouil, infusion de camomille,	de chaque, 1 once.
Sous-carbonate de magnésie,	10 grains.
Teinture aqueuse de rhubarbe,	Demi-gros.
Sirop diacode,	Demi-once.

A faire prendre par cuillerées à café.

En même temps on emploie des bains tièdes Lorsque le ventre est resserré on peut aussi donner ce qui suit :

Infusion de réglisse, Eau commune,	de chaque, 1 à 2 onces.
Extrait de pissenlit,	1 à 2 gros.
Sulfate de soude,	2 gros.
Sirop de manne,	Demi once.

A faire prendre de la même manière.

Chute du rectum.

Quand l'intestin a été réduit, M. Goëlis ordonne des lavemens froids d'eau de chaux.

Empoisonnement par l'opium.

Dans ce cas, M. Goëlis a ordonné un bain vinaigré d'une demi-heure, et à l'intérieur :

Infusion de réglisse, Décoction émolliente,	de chaque, 1 once.
Succinate d'ammoniaque,	8 gouttes.

A faire prendre par cuillerées à café tous les quarts d'heure.

Hydropisies. — Hydrocéphale chronique.

Il suffit d'avoir vu un seul enfant hydrocéphalique, pour conserver une idée juste de leur physionomie. Ces malades se distinguent ordinairement, dans le principe, par une démarche lourde, maladroite ; ils bronchent et

tombent facilement, et donnent souvent à leurs pieds une position croisée. Ils aiment à avoir toujours quelque chose dans la bouche, les doigts, etc.; ils fourrent aussi les doigts dans les narines, les oreilles, et leurs yeux éprouvent des mouvemens convulsifs, ce qui est un symptôme constant.

S'il survient accidentellement une toux dans l'hydrocéphale chronique, cette toux se change facilement en suffocation périodique (ce dont il a été question plus haut). Si la maladie passe à l'état aigu, les enfans meurent promptement.

Dans le traitement le calomel est le moyen principal. Des enfans au-dessous d'un an reçoivent d'abord un huitième, puis un quart de grain deux fois par jour. En même temps on leur frotte la tête avec parties égales d'onguent napolitain et d'onguent de Geneviève, en ayant soin de tenir cette partie chaudement couverte.

La distinction la plus essentielle à faire dans l'hydrocéphale chronique, quant au traitement, est celle de savoir si la maladie est avec ou sans cachexie. Lorsqu'il y a cachexie, il y a ordinairement aussi des vices organiques de la rate, par exemple, ou quelque engorgement; et c'est dans ce cas-là que le calomel est le moyen souverain, surtout si le ventre est en même temps resserré. Outre le calomel on frictionne le bas-ventre et la région de la rate avec l'onguent ci-dessus indiqué. Mais il ne faut jamais omettre de traiter en même temps la cachexie. M. Goëlis la combat à l'aide du quinquina :

Écorce de quinquina,	1 à 2 gros.

Faites bouillir pendant un quart d'heure et ajoutez :

Salep,	8 grains.

Faites bouillir de nouveau pendant un quart d'heure pour une colature de 4 onces, et ajoutez :

Sirop diacode,	Demi-once.

A faire prendre par petites cuillerées d'heure en heure.

Dans un cas de semi-paralysie, suite de l'hydrocéphale chronique, M. Goëlis a prescrit l'arnica sous la forme suivante :

Infusion de réglisse et décoct. émolliente,	2 onces.
Extrait d'arnica,	4 grains.
Oximel scillitique,	2 gros.

Hydrocéphale externe partielle.

Cette maladie, autrement appelée *œdème du cuir chevelu*, disparaît sûrement lorsqu'on applique à plusieurs reprises un caustique quelconque sur l'un des points de l'œdème; le plus simple est de se servir de la pierre infernale. Le pouvoir résorbant des lymphatiques est mis en activité par ce genre d'irritation. Ordinairement M. Goëlis touche en plusieurs endroits avec le nitrate d'argent la tumeur préalablement humectée; et si le résultat n'est pas satisfaisant au bout de quelque temps, il a recours à la potasse caustique, dont il prend de petits brins qu'il applique en plusieurs points au moyen d'emplâtres agglutinatifs. On se sert aussi de l'onguent mercuriel en frictions. Enfin il est bon d'entretenir une température uniforme au moyen de sachets aromatiques.

Si l'œdème s'est concentré dans un petit endroit, on peut l'ouvrir; mais ce procédé serait dangereux dans le cas où il y aurait complication d'un hydrocéphale interne.

Dans un cas où l'œdème du cuir chevelu était survenu à la suite d'une teigne supprimée, on a vu M. Goëlis administrer le calomel, peut-être dans le but de prévenir une hydropisie des ventricules du cerveau.

Hydrorachis.

Cette maladie se caractérise par une démarche toute particulière des enfans : ils marchent en chancelant; à chaque pas ils portent les pieds en dedans et posent toujours d'abord le talon à terre. De jour en jour la marche devient plus mauvaise; les petits malades finissent par ne plus pouvoir aller seuls, et leur démarche conserve toujours le caractère que nous venons de signaler.

L'hydrorachis et le plus souvent une suite de la myélite ou spinite. Le calomel est le moyen principal; on y joint des vésicatoires appliqués à la région lombaire.

Ascite.

Dans cette espèce d'hydropisie, M. Goëlis fait prendre trois doses de crème de tartre par jour, conjointement avec la potion suivante :

Infusion de réglisse, Eau de fenouil,	de chaque, 2 onces.
Extrait amer,	12 grains.
Esprit de nitre dulcifié,	15 gouttes.
Oximel simple,	Demi-once.

En même temps il fait frictionner le bas-ventre avec un mélange d'onguent mercuriel et d'onguent de Geneviève.

M. Goëlis prescrit encore cette potion-ci :

Infusion de réglisse, Eau de fenouil,	de chaque, 2 onces.
Sous-carbonate de potasse,	Demi-grain.
Vinaigre scillitique,	1 gros et demi.
Laudanum de Sydenham.	2 gouttes.

Quand il y a en même temps présence de vers, il donne :

Eau de fenouil,	4 onces.
Extrait de scille,	1 grain.
Camphre,	1 grain et demi.
Sirop de fenouil,	4 gros.

Et lorsque l'hydropisie est compliquée de scrophules :

Infusion de réglisse, Décoction émolliente,	de chaque, 2 onces.

Extrait de ciguë,	8 grains.
Acétate de potasse liquide,	1 gros et demi.
Oximel scillitique,	3 gros.

A faire prendre par petites cuillerées d'heure en heure.

Maladies scrophuleuses.

Que l'affection scrophuleuse soit commençante ou déjà déclarée, M. Goëlis donne toujours la poudre suivante, après avoir préalablement remédié aux phénomènes accessoires les plus urgens :

Poudre d'écailles d'huîtres préparées,	Demi-once.
Résine de gaïac, } de chaque,	Demi-gros.
Limature de fer, }	
Sucre blanc,	3 gros.

M. ; f. une poudre, dont on fera prendre soir et matin une pincée plus ou moins grande, selon l'âge.

Telle est la poudre que M. Goëlis prescrit généralement à l'hôpital. Dans la pratique civile et dans des familles aisées, il prescrit, en place de cette dernière, sa *poudre antihectico scrophuleuse*, qui est formée de parties égales de baies de laurier, de noix muscade et de râpure de corne de cerf. Mais il faut que les baies de laurier soient préalablement dépouillées de leur âcreté, résultat que l'on obtient en les faisant cuire dans du pain. La poudre antihectico-scrophuleuse est alors administrée avec parties égales de poudre de réglisse, à la dose d'une forte pincée trois fois par jour, ou bien sous la forme suivante :

Poud. antihectico-scrophul. de Goëlis,	2 gros et plus.
Résine de gaïac, } de chaque,	Demi-gros.
Limaille de fer, }	
Sucre blanc,	2 gros.

Toutes ces poudres doivent être long-temps continuées ; et toutes les fois qu'il existe quelque disposition inflammatoire, on laisse de côté la résine de gaïac. Avec ce traitement les enfans doivent avoir trois fois par semaine un bain de fleurs de foin ou de son. La nourriture consiste en potages et lait.

Exanthème scrophuleux.

Dans ce cas M. Goëlis donne sa poudre ordinaire, en ayant soin de substituer à la limaille de fer un scrupule d'éthiops antimonial (sulfure de mercure et d'antimoine) ; en même temps il fait boire du thé de pensée sauvage. S'il y a une cause syphilitique en jeu, la limaille de fer est remplacée par le sulfure noir de mercure.

Eruptions scrophuleuses de la tête (achores scrophulosi).

Aucun moyen particulier n'est employé contre ces sortes d'éruptions ; au contraire, il est préférable qu'elles paraissent, car on en finit plus vite avec la maladie scrophuleuse. Si une éruption du cuir chevelu se dessèche subitement, les glandes voisines se gonflent facilement et finissent par suppurer. Il y a surtout un rapport étroit entre les glandes abdominales et la tête ; une éruption de cette dernière peut souvent faire disparaître l'engorgement et l'induration des glandes du bas-ventre, et ces affections glandulaires peuvent quelquefois être guéries lorsqu'on produit une éruption artificielle à la tête, soit au moyen de la poudre de cantharides, soit au moyen de cette poussière grisâtre que l'on obtient en étrillant les chevaux.

Tumeurs osseuses de nature scrophuleuse.

On observe surtout ces sortes de tumeurs aux doigts des mains et des pieds, et quelquefois aux pieds mêmes et aux bras. La tumeur augmente successivement, s'arrondit, devient rouge et finit par s'ouvrir. On voit alors que l'os est carié. Des esquilles se détachent peu à peu ; des phalanges entières peuvent être détruites. Cependant le mal guérit, mais lentement, après 18 mois ou 2 ans. Les membres, bien que raccourcis, peuvent servir de nouveau. Il faut bien se garder d'un traitement stimulant lorsqu'on a à faire à des ulcères provenant de carie scrophuleuse ; des topiques stimulans ne feraient qu'aggraver le mal : ce qui convient, ce sont des fomentations émollientes, des cataplasmes, des bains de son ; intérieurement, bien entendu, les moyens recommandés contre l'affection scrophuleuse en général, et l'herbe de tussilage pour thé. Cette méthode réussit souvent très-bien.

Quand c'est un simple ulcère scrophuleux, M. Goëlis le fait ordinairement saupoudrer avec parties égales de poudre de rhubarbe et de poudre de charbon, et quelquefois simplement avec cette dernière ; pour lotions, il se sert d'une infusion de scordium (*teucrium scordium*).

S'il se manifeste des tumeurs scrophuleuses derrière les oreilles, il faut se hâter de les ouvrir, parce qu'elles déterminent très-vite la carie de l'apophyse mastoïde

Otorrhée.

Cet écoulement dépend presque toujours d'un vice scrophuleux, et doit aussi être traité en conséquence. Extérieurement on ne se sert que d'une légère décoction de son pour en faire des lotions ; et, s'il y a carie, on fait des injections avec une infusion de mauve et de scordium. Des moyens styptiques, employés dans le but d'arrêter l'écoulement, pourraient facilement produire une hydrocéphale.

LA LANCETTE FRANÇAISE,

GAZETTE DES HOPITAUX

civils et militaires.

OCTOBRE 1834.

N° DU 2.

HOPITAL NECKER.

Service de M. Bricheteau.

Arthritis chronique; péricardite aiguë; pleurésie, péritonite; mort le vingt-sixième jour; adhérence du cœur avec le péricarde, etc. Observation recueillie par M. le docteur Ledain.

Louise Hunot, âgée de quarante-deux ans (salle Saint-Louis, n° 28), cuisinière, très-irrégulièrement menstruée, d'une faible constitution, était sujette à de fréquentes douleurs rhumatismales articulaires.

Le 18 juin 1834, elle fut prise, sans autre cause appréciable que son habitation dans une cuisine basse et humide, de vives douleurs avec gonflement et chaleur dans les genoux. Une saignée, des sangsues, produisirent une assez prompte amélioration. La malade put vaquer à ses occupations ordinaires; mais elle ne tarda pas à éprouver de nouveaux accidens.

Le 26 juin, elle eut des frissons, des douleurs aiguës dans la région précordiale; la respiration était difficile, pénible. Deux saignées rapprochées, l'application réitérée d'un grand nombre de sangsues sur le côté gauche de la poitrine, procurèrent peu de soulagement.

Le 2 juillet, sixième jour de l'invasion des symptômes précordiaux, la malade entra dans l'après-midi à l'hôpital Necker, où de nouvelles sangsues furent appliquées sur la région du cœur; elle passa une mauvaise nuit.

Observée le lendemain dans la matinée, elle présenta l'état suivant :

Pâleur, altération des traits de la face, qui porte l'empreinte d'une vive souffrance; anxiété considérable, orthopnée, respiration anhéleuse, parole entrecoupée, douleurs pongitives extrêmement vives dans la région précordiale; matité de ce côté dans une étendue d'environ quatre pouces de rayon; sonoréité dans le reste de la poitrine; petite toux sèche et rare. En auscultant les battemens du cœur, l'oreille perçoit la sensation d'un bruit de rotation comme si un corps s'agitait dans un liquide; les mouvemens de systole et de diastole semblent se confondre et n'en former qu'un seul. On entend mal la respiration; pouls petit, très-fréquent (140); fréquentes défaillances.

Vésicatoire sur la partie antérieure de la poitrine; pansement de la plaie avec onguent mercuriel, 1 gros; synapismes aux jambes; limonade; diète.

Légère rémission dans la soirée.

Le 4 juillet, huitième jour de la maladie, un peu moins d'anxiété, persistance des autres symptômes; bruit de roue, frottement très-prononcé dans la région du cœur. Six ventouses scarifiées sur ce point; pansement *ut suprà;* eau de gomme coupée avec de l'eau de Seltz; diète.

Un peu de sommeil dans la nuit.

Le neuvième jour, respiration plus facile, beaucoup moins anxieuse, soif vive, dyspnée, constipation, pouls irrégulier, très-petit; persistance du bruit de frottement dans la région du cœur, dont les battemens sont confus, très-irréguliers. Eau de gomme, eau de Seltz; lavement purgatif; cataplasme émollient sur l'hypogastre; pansement *ut suprà*, diète.

Évacuations abondantes dans la journée; soulagement marqué; un peu de sommeil.

Le dixième jour, pouls très-irrégulier, précipité (164); rémission des douleurs précordiales; la malade est souvent obligée de se mettre sur son séant pour pouvoir respirer, autrement suffocation imminente, syncope; elle ressent à la partie latérale gauche du cou un mouvement et un bruit analogues à ceux d'un balancier de pendule. Les battemens du cœur donnent à l'oreille un bruit plus sec que les jours précédens: on ne peut distinguer qu'un seul mouvement. Potion purgative avec huile de ricin; sirop de nerprun, 1 once; le reste *ut suprà.*

Le onzième jour, battemens du cœur isochrones à ceux du pouls, moins fréquens que la veille (104), égaux, réguliers; bruit de frottement très-caractérisé, ressemblant assez bien à celui qui résulte du froissement d'un morceau de taffetas; respiration plus facile; la malade peut rester couchée sur le dos; impossibilité pour elle de se mettre sur l'un ou l'autre côté. Eau de gomme; eau de Seltz; pansement *ut suprà;* deux bouillons coupés.

Le douzième jour, même état; douleur à la partie postérieure droite de la poitrine, déterminée par une forte inspiration; pouls égal (104); même matité précordiale que les jours précédens; céphalalgie. Prescription *ut suprà;* synapismes aux pieds.

Insomnie, agitation, suffocation imminente, orthopnée dans la nuit.

Le treizième jour pouls moins fréquent (96); petite toux sèche, plaintes continuelles, respiration entrecoupée; quelques crachats muqueux; un peu de râle sous-crépitant à la partie postérieure gauche et à la partie droite et latérale de la poitrine; étouffement. 4 ventouses scarifiées à la partie postérieure du tronc; lavement purgatif; eau panée avec eau de Seltz; diète; pansement *ut suprà.*

Récrudescence des douleurs précordiales dans la nuit.

Les quatorzième, quinzième et seizième jours, état stationnaire: symptômes de péripneumonie persistant à la partie postérieure de la poitrine; toux, pouls (104). (Eau panée; look blanc; pansement *ut suprà;* bouillon).

Le 13 juillet, dix-septième jour de la maladie, la malade a pris des alimens à l'insu des gens de service; exacerbation; agitation dans la nuit, suffocation imminente; battemens du cœur précipités, faisant entendre un bruit assez semblable à celui du mouvement d'un cheval qui va l'amble; pouls (145), râle crépitant à la partie postérieure gauche de la poitrine sous l'angle de l'omoplate, céphalalgie intense. (Vésicatoire sur la région précordiale; synapismes aux pieds; eau panée; look blanc; diète).

Le 14, dix-huitième jour, tension du ventre, douleur dans l'hypochondre droit, pouls très-petit, 100 pulsations. (Eau panée; look blanc; diète).

Le 16, râle sous-crépitant au-dessous de l'omoplate gauche, égophonie en ce point et au-dessous de l'omoplate droite, matité des deux tiers inférieurs et postérieurs de la poitrine, matité persistante dans la région du cœur et dans la même étendue que celle déjà indiquée, pouls 96 pulsations. (Eau panée; bouillon; deux cuillerées de vermicelle).

Le 17 et le 18 juillet, respiration très-difficile, pouls 100 pulsations, chaleur normale, constipation, ventre indolent, urines rares, insomnie. (Eau panée avec de l'eau de Seltz; vésicatoire sur le côté droit de la poitrine; vermicelle).

Le vingt-troisième jour de la maladie, un peu d'amélioration dans l'état général de la malade; la matité de la poitrine est postérieurement moins étendue. (Prescription *ut suprà*).

Le 20 juillet, même état, même prescription que la veille.

Le 21, vingt-cinquième jour de la maladie, le pouls est très-petit, vite, inégal, sans accord avec les battemens du cœur qui sont forts, larges, égaux, mais se confondant de manière à ne faire entendre qu'un seul bruit sec, lèvres violettes, pâleur considérable de la face. (Eau panée avec eau de Seltz; lavement émollient; vermicelle).

Après le lavement, étouffement, agitation, anxiété précordiale extrême, lipothymie; on applique des sinapismes aux jambes; altération et décomposition des traits de la face; battemens du cœur précipités; la malade meurt dans la nuit en poussant des cris aigus.

Autopsie, trente heures après la mort.

La tête ne fut pas ouverte.

Poitrine. Quelques tubercules miliaires, rares et isolés existaient à la partie supérieure du poumon droit. Le poumon gauche adhère fortement à la partie supérieure et postérieure du péricarde dont la face gauche est également adhérente à la plèvre costale qui est elle-même épaissie.

Des brides pseudo-membraneuses unissent en plusieurs points les plèvres costale et pulmonaire du côté droit. Le péricarde adhère intimement au cœur; on a beaucoup de peine à les séparer l'une de l'autre sans les déchirer; on est obligé pour y parvenir de dépouiller, pour ainsi dire le cœur comme on dépouille un animal de sa peau. Les deux membranes qui forment le péricarde sont très-épaisses, on ne peut les désunir.

Le cœur est affaissé sur lui-même, flasque, plus volumineux que dans l'état normal; les ventricules sont dilatés; les parois du droit sont un peu amincies; on trouve dans sa cavité un caillot fibrineux de couleur jaune et de la grosseur d'une noix. A sa partie inférieure et externe on remarque un épanchement gélatineux qui laisse en ce point moins d'adhérence entre le cœur et le péricarde.

Abdomen. Épanchement assez considérable d'un liquide jaunâtre, trouble et floconneux dans cette cavité. On rencontre quelques fausses membranes et des adhérences surtout entre la partie convexe du foie et la voûte du diaphragme. Les intestins, un peu injectés extérieurement, n'ont pas été ouverts.

La maladie dont nous avons tracé l'histoire offre des élémens qui appartiennent à trois affections distinctes et principales; la plus grave est sans contredit la péricardite; c'est aussi celle qui a occasionné les lésions organiques les plus profondes, après avoir produit, pendant la vie, les phénomènes les plus formidables.

Il est à remarquer que, chez la femme qui fait le sujet de cette observation, presque tout le système des membranes séreuses a été entrepris. Les synoviales des genoux ont d'abord été le siége du mal qui n'a cédé dans ce point que pour envahir tout à coup le péricarde, puis les plèvres et le péritoine.

Cette tendance qu'ont les tissus de même nature à s'enflammer, soit ensemble, soit successivement, est un fait de médecine pratique qui se présente tous les jours à l'observation, mais qui n'en est pas moins digne de fixer l'attention.

Dès sa première visite auprès de cette femme, M. Bricheteau diagnostiqua une péricardite aiguë dont les symptômes non équivoques ont persisté jusqu'à la mort, en se compliquant de ceux d'une pleuro-pneumonie et d'une péritonite qui se sont successivement développées

plus tard. L'autopsie est venue malheureusement confirmer ce diagnostic.

Au nombre des symptômes qu'a offerts la malade, il faut noter ce bruit particulier de frottement dans la région du cœur, bruit sur lequel on a récemment appelé l'attention, et qui serait le signe pathognomonique de la péricardite, maladie souvent si obscure. Ce bruit, que l'on a comparé à celui d'un morceau de cuir neuf, m'a paru (du moins dans le cas dont je rapporte ici l'histoire), ressembler davantage au bruit occasioné par le froissement d'un morceau de taffetas.

Il n'appartient pas au reste exclusivement à la péricardite; il paraît être propre à caractériser les phlegmasies des autres membranes séreuses, dont les parois frottant l'une contre l'autre, dans l'état de siccité qui précède l'exhalation, déterminent le bruit particulier dont il est question. C'est ce dont nous nous sommes convaincus quatre ou cinq fois sur des individus offrant des signes rationnels de péritonite. Nous n'avons pu toutefois vérifier par l'autopsie cadavérique le rapport qui peut exister entre ce bruit perçu sur l'abdomen et l'existence de la péritonite.

N° DU 4.

HOPITAL DES VÉNÉRIENS.

Clinique de M. Ricord.

Fongus du col de l'utérus; amputation suivie de succès; application du spéculum porte-ligature de M. Ricord.

Meunier (Charlotte), âgée de 42 ans, couturière, mère de cinq enfans dont la parturition avait été naturelle, jouissait d'une santé robuste et d'un embonpoint remarquable, lorsque au mois de septembre 1832, sans cause connue, ses règles coulant très-régulièrement, comme d'habitude, elle commença à éprouver un sentiment de pesanteur dans la région hypogastrique. Cette sensation devint de plus en plus pénible, et vers le mois de janvier 1833 elle se changea en une douleur continue, assez vive, s'irradiant vers les lombes, surtout à gauche. Bientôt une tumeur dure, sensible à la pression, commença à occuper l'hypogastre.

La malade était fatiguée par la moindre marche, elle éprouvait du dégoût pour les alimens, vomissait fréquemment et voyait son embonpoint diminuer d'une manière sensible. Au milieu de ces dérangemens ses règles venaient régulièrement, mais peu abondantes.

La tumeur faisait chaque jour des progrès, si bien qu'au bout de six mois le ventre était presqu'aussi saillant, aussi tendu que celui d'une femme à terme. La saillie existait surtout à gauche, c'est là aussi qu'était le siége principal des douleurs. Le décubitus sur ce côté était très-pénible; quand il avait lieu du côté opposé, les tiraillemens douloureux qu'exerçait la tumeur en se portant à droite, obligeaient la malade à choisir le décubitus dorsal, seule position qui lui fût commode et agréable lorsqu'elle était couchée. Elle se crut enceinte, et même une sage-femme consultée sur ce point, l'engagea à préparer sa layette; mais l'illusion ne fut pas de longue durée. Les douleurs prirent une acuité insolite; des pertes rouges extrêmement abondantes se montrèrent d'abord dans l'intervalle des règles, et puis d'une manière presque continue. Les forces et l'embonpoint diminuèrent de plus en plus, et le moral ne tarda pas à s'affecter à son tour.

Ce fut dans cet état que la malade se présenta dans un des hôpitaux de Paris, un an environ après l'invasion de sa maladie. On la garda sept ou huit jours en observation. Mais après avoir reconnu une maladie du col qui fut déclarée sans remède, on l'engagea à entrer aux incurables.

Le médecin qui la vit quelques jours après, diagnostiqua un fongus du col, ne s'expliqua pas, du moins à la malade, sur la nature de la tumeur du ventre, et prescrivit, comme d'habitude, des pilules de poudre de feuilles de ciguë, des injections calmantes, des lavemens avec le camphre et le laudanum, et de l'eau rougie pour boisson. Plus tard, il déclara la maladie incurable, l'opération impossible sans compromettre les jours de la femme, et conseilla de simples moyens palliatifs. Ce traitement fut suivi dix mois entiers, pendant lesquels la tumeur de l'abdomen diminua peu à peu et finit par disparaître : les pertes sanguines, d'abord extrêmement abondantes, se modérèrent peu et n'eurent plus lieu que dans l'intervalle des règles. Mais le col demeura dans le même état, et la malade, voyant qu'on ne tentait rien pour la guérison radicale, s'est décidée à se présenter chez M. Ricord.

Entrée le 15 juillet 1834, elle offre l'état suivant :

Etat général bon; le facies est celui d'un individu affaibli par une longue maladie, mais n'a point cette teinte jaune paille qui accompagne souvent les lésions organiques de l'utérus; douleurs lombaires sourdes; un peu de sensibilité à l'hypogastre. Point de tumeur anormale appréciable au toucher. Règles régulières, se prolongeant sept à huit jours; pendant leur intervalle, un écoulement blanchâtre muco-purulent a lieu.

Le col est très-volumineux et peut à peine pénétrer dans les valves du spéculum, écartées de toute leur largeur. Il est grisâtre, inégal, mamelonné, comme frangé et déchiqueté dans certains points, fongueux, friable, saignant avec la plus grande facilité. Le toucher est un peu douloureux; il procure un écoulement de sang très-abondant. A droite du col, la maladie paraît limitée vers les insertions du vagin; mais à gauche elle se prolonge en haut, et semble filer du côté du corps. Ce dernier n'est pas plus volumineux qu'à l'ordinaire.

Il existe en outre sur la peau des cuisses, des avant-bras et des mains, une éruption dont la nature n'est pas facile à déterminer. Elle offre l'aspect d'une syphilide pustuleuse lenticulaire, qui dans quelques points, notamment vers la partie antérieure du carpe, passe à l'impetigo à base tuberculeuse. Cette éruption s'est manifestée sans cause connue, il y a environ quatre mois.

La malade nie de bonne foi tout antécédent syphilitique. Cependant comme le cas est douteux, et que des maladies du col analogues à celle qui nous occupe, ont souvent été avantageusement modifiées par les mercuriaux, on prescrit le traitement suivant :

Le 16 juin, tisane et sirop sudorifique; une pilule de proto-iodure à 1 grain. Bain, injection; décoction de morelle à chaque seringuée de laquelle on ajoute deux ou trois cuillerées de solution de sulfate d'alumine et de potasse à 1 once pour 1 livre d'eau. Pansement des ulcérations de la peau avec le cérat. Ce traitement est continué pendant cinq semaines.

Le 26 août, il ne reste plus de l'éruption que des taches sur les avant-bras et les cuisses. Mais le col ne s'étant nullement amélioré, M. Ricord se décide à en pratiquer l'amputation. La malade y est préparée par des bains, des lavemens, et un peu de diète.

Le 27 août, jour de l'opération, la malade est placée comme pour être passée au spéculum, c'est-à-dire, le siége au bord d'un lit élevé, les cuisses écartées, les jambes fléchies sur les cuisses et maintenues par des aides. Le spéculum *porte ligature*, armé de deux forts cordonnets de soie dont les quatre bouts, réunis deux à deux, sont passés de chaque côté dans un serre-nœud de Graefe et fixés à son curseur, est introduit dans le vagin d'après le procédé connu de M. Ricord.

Le col une fois embrassé par l'extrémité des valves, on pousse sur lui les ligatures en enfonçant les serre-nœuds; on tourne la tige transversale qui se trouve à leur extrémité externe, et le col se trouve ainsi étreint par une anse antérieure et par une anse postérieure, qui, sur les parties latérales, vont se réunir dans les serre-nœuds.

Une première tentative est sans succès; mais à la seconde, le col est parfaitement saisi; des tractions lentes, douces et ménagées l'attirent vers l'orifice externe du vagin; aussitôt qu'il devient apparent, un crochet érigne y est implanté, puis un second, un troisième, un quatrième, et enfin une pince de Muzeux, à mesure qu'il devient plus extérieur. Il est ainsi amené presque à l'orifice de l'anneau valvaire; son extrémité libre est au dehors : celle qui se joint au corps est encore cachée dans le vagin. Les érignes, réunies en un faisceau, sont confiées à un aide; deux autres écartent fortement les grandes lèvres; un troisième avec le manche recourbé d'une cuiller d'étain, protège et relève le méat urinaire et le canal de l'urètre.

On procède alors à l'amputation au moyen d'un bistouri convexe dirigé sur la pulpe de l'indicateur gauche, destiné à palper toutes les parties que doit diviser l'instrument, et écarter le vagin qui vient sans cesse s'offrir à son tranchant. L'amputation rendue difficile par l'étendue du mal, et la hauteur à laquelle il se prolonge vers le corps de l'utérus est cependant terminée en dix minutes. Il reste en deux points deux petites indurations, qui sont enlevées avec des ciseaux courbes dirigés sur l'indicateur. Le sang s'échappe en abondance.

Rapportée dans son lit la malade passe une heure fort tranquille. L'hémorrhagie se modère. Cependant il survient une forte syncope accompagnée de vomissement, qui dure dix minutes. On pratique le tamponnement à un pouce seulement au-dessus de l'anneau valvaire. Infusion de tilleul; potion calmante; diète.

Deux syncopes surviennent encore dans la journée, moins fortes que la première. Un léger suintement sanguin se fait à travers le tampon: celui-ci est enlevé le soir. Mais comme il survient une nouvelle syncope, on le renouvelle par précaution. Pouls petit, 112 pulsations. Un peu de céphalalgie; point de nausées; quelques coliques. Point de sensibilité extraordinaire de l'abdomen.

Le 28 septembre, deuxième jour, la nuit a été tranquille, mais il y a eu peu de sommeil. Face pâle; pouls aussi fréquent que la veille, un peu relevé. Point de nausées; moins de coliques; ventre un peu ballonné, peu sensible à la pression. La malade, dont le moral a toujours été très-bon, se félicite de son opération. Émulsion *bis;* fomentations émoll. sur le ventre; inject. émoll. dans le vagin; diète.

Le 29 et le 30, troisième et quatrième jours, point de fièvre; ventre souple, sans coliques; point de selles. Même prescription, et de plus lavement émollient; bouillon coupé; un loock blanc.

Le 31 et les jours suivans, on remplace les injections d'eau simple par les injections avec l'eau de morelle et le sulfate d'alumine et de potasse. On augmente progressivement les vivres de la malade, qui, huit jours après l'opération, mange la demie de pain et deux côtelettes.

Le 3 octobre, huitième jour, on examine la malade au spéculum. Les tissus voisins sont un peu revenus sur eux-mêmes. La plaie est de beaucoup rétrécie; elle commence à bourgeonner, et est recouverte d'une suppuration de bonne nature, offrant l'odeur de la suppuration des plaies simples. On touche avec le nitrate d'argent; injections avec un tiers de chlorure de soude dans deux tiers d'eau. Les injections produisent d'abord un picotement désagréable qui disparaît les jours suivans.

Le 9, quatorzième jour, plaie vermeille, couverte de bourgeons charnus, en pleine voie de cicatrisation. État général très-bon. La malade se lève et se promène dans les salles. Cautérisation, nitrate d'argent. Injection; chlorure étendu d'eau.

Le 22, vingt-septième jour, il n'est plus possible de reconnaître si la malade a été opérée ou non. Le vagin, en s'unissant à ce qui reste du col, simule deux lèvres entre lesquelles se trouve la plaie rétrécie, vermeille, superficielle : on dirait un col à museau de tanche très-large, dont les lèvres écartées laisseraient voir l'intérieur du col. Les tissus voisins ne sont pas indurés. La malade mange et digère bien, et se promène.

Le 26, elle sort guérie après avoir été vue par MM. Marshall-Hall, de Londres; Dieffenbach, de Berlin; Cullerier, etc.

La tumeur enlevée, du volume d'une poire ordinaire, était évidemment fongueuse, mais elle ressemblait beaucoup aux végétations syphilitiques framboisées, bien qu'elle en différât en plusieurs points où le tissu était

tantôt lardacé ou squirrheux, tantôt ramolli et infiltré de sang. Cette observation rappelle un cas semblable opéré par M. Ricord, et publié par *la Lancette*. Le succès a été aussi complet et s'est maintenu depuis quinze mois.

N° DU 7.

HOTEL-DIEU.

Clinique de MM. Dupuytren et Sanson.

Observations de symptômes d'étranglement dont le diagnostic a offert de la difficulté.

Tous les chirurgiens ont signalé la difficulté du diagnostic que présentent dans quelques cas les étranglemens du canal intestinal. Les observations qui présentent de ces cas difficiles sont loin d'être rares, et chaque année en offre plusieurs dans les hôpitaux de Paris. On ne saurait trop en publier d'exemples, pour mettre les praticiens en garde contre des erreurs toujours nuisibles à l'art et à ceux qui l'exercent. C'est dans ce but d'utilité que nous publions les trois observations suivantes, qui pourront servir non-seulement à prémunir contre une erreur de diagnostic, mais encore à donner une règle de conduite en pareille circonstance.

Première observation. *Hernie crurale étranglée prise pour un kyste sereux; opération; fistule stercorale; guérison.*

Catherine Rosette, âgée de cinquante-un ans, d'une constitution sèche, limonadière ambulante, parcourait tous les jours les rues de Paris en vendant sa tisane.

Avant le 23 mars, elle n'avait jamais eu de tumeur dans l'aine. Ce jour-là, après s'être fatiguée, elle ressentit dans le ventre de vives coliques qui se propageaient dans l'aine droite. Rentrée chez elle, elle s'aperçut que cette région était occupée par une tumeur grosse comme un petit œuf; elle prit un lavement, qu'elle rendit avec quelques matières.

Les jours suivans, les coliques augmentèrent; elle voulut prendre un bouillon qui fut vomi aussitôt.

Le 1er avril, deux lavemens d'huile d'olive furent rendus teints par un peu de bouillie stercorale; malgré cela les coliques persistèrent, mais avec peu de violence, et il se joignit à ces symptômes à peine de la fièvre.

Le 2 à midi, la femme Rosette se fait apporter à l'Hôtel-Dieu; elle raconte que les accidens qu'elle éprouve persistent depuis onze jours. Mais elle ne met point d'abord dans son récit la précision et la clarté que depuis on a pu obtenir d'elle.

La tumeur de l'aine droite, peu saillante, est dure, profonde, irréductible; la peau qui la recouvre est rouge, enflammée; le ventre n'est point tendu, les douleurs à peine sensibles, et les vomissemens n'avaient pas reparu depuis la veille; le pouls, faible, était sans fréquence; la face était légèrement altérée. Un bain, des sangsues, des cataplasmes et des lavemens émolliens sont prescrits.

Le soir, les accidens n'ont pas reparu; le lavement administré est rendu coloré par un peu de matière stercorale; le pouls s'est relevé. Une petite saignée est pratiquée.

M. Sanson jugea qu'il y avait étranglement, et que le bien être et l'amendement survenus n'étaient qu'une rémission, qu'un calme trompeur; l'opération fut résolue.

Une incision cruciale de la peau met à nu un petit foyer purulent; l'abcès est évacué, la surface de la plaie bien lavée. L'opérateur incise de nouvelles couches avec précaution, et il trouve un kyste ou sac herniaire rempli d'une sérosité limpide; il crut être arrivé dans le sac; mais les recherches les plus minutieuses ne purent faire découvrir une portion intestinale. Cette poche était-elle un kyste ou un sac herniaire? on ne put le décider. La plaie fut pansée sans être réunie immédiatement.

Le 3, le calme continue; un nouveau lavement amène avec lui quelques matières.

M. Dupuytren voit la malade; il examine le fond de la plaie, et cherche à reconnaître l'odeur de matières stercorales; ses recherches sont infructueuses. Il annonce à la clinique que la tumeur de l'aine était formée par un kyste; il s'étend sur la difficulté du diagnostic dans ces cas; il cite plusieurs exemples très-remarquables, et il finit en disant qu'il n'y a jamais d'inconvénient à prendre des tumeurs pour des hernies, mais que la méprise contraire pourrait être suivie de graves accidens.

Jusqu'au 7 rien de nouveau; la malade continue à aller à la selle.

Le 8, au moment de la visite, on voit avec surprise un ver lombric sortir du fond de la plaie, avec un peu de liquide jaunâtre. Plus de doute dès-lors sur le caractère de la tumeur; M. Dupuytren annonce qu'il y avait une anse intestinale engagée sous l'anneau, qu'il y avait simple pincement, et par suite érosion de l'intestin. Le kyste qu'on a trouvé était le sac herniaire, et l'anse intestinale n'était engagée que très-légèrement sous l'arcade crurale. Les jours suivans l'appareil du pansement n'est humecté que par du pus; mais le 21, on voit quelques bulles gazeuses et un peu de liquide jaune s'échapper du fond de la plaie.

Le même état subsiste jusqu'aux derniers jours de mai, quoique la solution de continuité soit bien rétrécie. Un bandage herniaire est placé; la compression ne tarde pas à amener la complète oblitération de la fistule, et la malade sort parfaitement guérie.

Deuxième observation. *Inflammation d'un sac herniaire simulant une hernie étranglée.*

Marchal (Jean-Claude), âgé de cinquante-deux ans, commissionnaire, d'un tempérament sanguin, à formes

athlétiques, était depuis l'âge de quinze ans affecté d'une hernie inguinale du côté droit. Le malade, dont les facultés intellectuelles sont peu développées, ne peut dire à quelle cause fut due l'apparition de la hernie. Il la contenait au moyen d'un bandage quand il quittait son lit; il lui arrivait alors assez fréquemment que la hernie sortait, et qu'il fallait des efforts plus ou moins longs pour la faire rentrer. Il prétend que depuis quelque temps sa hernie sortait plus facilement, et qu'il avait été obligé plusieurs fois de faire venir un médecin pour en opérer la réduction, n'ayant pu y parvenir lui-même après de longs et douloureux efforts.

Il raconte que dans la nuit du 5 décembre, la tumeur herniaire sortit, et qu'il lui fut impossible de la réduire. Il appela un médecin qui, après de vaines tentatives, lui ordonna un bain et des fomentations émollientes. Une vive douleur se faisait sentir dans la région inguinale droite, qui était occupée par une tumeur volumineuse, s'étendant presque au fond des bourses. Des coliques se déclarèrent, puis des nausées, des rapports et des vomissemens de matières bilieuses, puis des matières stercorales.

Après trente-six heures de ces accidens, il entre à l'Hôtel-Dieu, où il nous offrit les symptômes suivans :

Embonpoint considérable, face colorée, agitation générale, douleur intense à la région inguinale droite, où siége une tumeur dure, rénittente, volumineuse, cylindrique, descendant dans le scrotum, suivant le trajet des vaisseaux spermatiques, mobile en masse, ne diminuant nullement par les efforts de réduction; ventre peu douloureux à la pression, souple dans toute son étendue, excepté vers la fosse iliaque droite; pas de tumeur à l'intérieur de l'abdomen, pas de météorisme. Les selles manquent depuis deux jours malgré l'ingestion de deux lavemens, dont un était purgatif. Des matières stercorales ont été rejetées par le vomissement. Le pouls est petit; il donne 130 pulsations par minute; la respiration est gênée et accélérée.

Immédiatement après son entrée, on applique trente sangsues sur la tumeur, et on met le malade au bain. On administre un lavement purgatif. Les efforts de réduction restent infructueux.

Le lendemain matin il ne s'est déclaré aucune amélioration; le malade nous répète exactement les mêmes renseignemens que la veille. M. Sanson pense qu'il était urgent d'agir, les symptômes d'étranglement durant depuis cinquante heures.

Une incision fut faite dans le sens de la tumeur, depuis l'anneau inguinal jusqu'au fond des bourses; elle comprenait seulement la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et les différens faisceaux, furent successivement incisées avec soin et les artères liées. On arriva bientôt au sac, qui contenait une grande quantité d'un liquide trouble sanguinolent, tenant en suspension quelques flocons membraneux. Ce liquide écoulé, le chirurgien porta son doigt dans l'intérieur du sac, en parcourut la cavité, et reconnut qu'il ne contenait ni intestin, ni épiploon. Par des recherches minutieuses, il s'assura que l'ouverture supérieure du sac était oblitérée, et qu'il n'avait eu affaire qu'à un ancien sac herniaire oblitéré et enflammé. Le pansement fut simple; seulement on maintint une bandelette de linge dans l'ouverture du sac pour empêcher la réunion trop prompte de ses bords, avant que sa cavité ne fût oblitérée. On appliqua par-dessus des cataplasmes émolliens. Boissons délayantes; diète.

Ce fut seulement alors qu'en pressant de questions le malade, et en lui montrant le défaut de vérité de ses réponses, il convint que depuis long-temps sa hernie ne sortait plus, et que la tumeur qu'il portait à l'aîne droite datait de cinq ou six jours; mais il persista à dire qu'il n'avait pas eu de selles depuis ce temps.

Au bout de trois jours on enleva l'appareil, et la plaie fut trouvée dans le meilleur état. On commença à introduire de la charpie dans la cavité du sac; celui-ci ne tarda pas à se couvrir de bourgeons charnus, et au bout de quelques jours le malade sortit de l'hôpital, satisfait d'apprendre qu'il était entièrement guéri de sa hernie.

TROISIÈME OBSERVATION. *Accidens d'étranglement simulant une hernie étranglée.*

Billard (Louis), âgé de vingt-cinq ans, palefrenier, d'un tempérament nerveux, portait depuis huit ans une hernie inguinale du côté droit; cette hernie était venue peu-à-peu, et avait acquis depuis un an le volume d'un œuf de poule; elle ne descendait pas jusqu'au fond des bourses. Il la contenait au moyen d'un bandage qu'il quittait pendant la nuit. Souvent sa hernie sortait, et ce n'est que difficilement qu'il en obtenait la réduction. Plusieurs fois il fut obligé d'avoir recours à un médecin, mais il ne s'était déclaré aucun accident.

Le 12 septembre, étant à panser des chevaux, vers quatre heures du matin, il ressentit de la douleur dans l'aîne droite, et s'aperçut qu'il avait oublié de mettre son bandage. La hernie était sortie, et il fit des efforts infructueux pour la faire rentrer. Des coliques survinrent, et le forcèrent à se mettre au lit. Alors, au moyen de nouvelles tentatives, il parvint à réduire la tumeur qui rentra en masse, ainsi qu'il le dit. Les accidens ne disparurent pas; les coliques continuèrent à être violentes; bientôt des nausées et des vomissemens survinrent. Le premier vomissement eut lieu vers deux heures; il fut suivi de plusieurs autres.

Un médecin qui vit alors le malade prescrivit un bain, de l'eau de Seltz et des cataplasmes sur le ventre. Il fit faire au malade des efforts inutiles pour amener au-dehors les parties qui formaient la hernie; la nuit se passa dans le même état.

Le lendemain matin aucune amélioration ne s'est manifestée; on applique trente sangsues sur l'abdomen; on renouvelle le bain, on continue les cataplasmes émolliens; les vomissemens et les coliques persistent.

Le 14, le malade se trouve mieux; il ne vomit pas, il rend des gaz par le rectum; pas de déjections alvines, un lavement purgatif reste sans effet; mais dans la soirée les accidens reparaissent aussi menaçans qu'au-

paravant. De nouvelles sangsues sont appliquées le lendemain matin, et l'on donne un bain de deux heures. Ces moyens n'amenant aucun soulagement, le malade fut amené à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Jeanne, dans le service de M. Sanson, qui le vit peu de temps après son entrée.

Le malade se trouvait alors dans l'état suivant : Coliques très-vives, vomissemens assez fréquens de matières verdâtres en petite quantité; ventre médiocrement sensible à la pression; la région iliaque n'est pas plus douloureuse que le reste de l'abdomen qui est souple et n'offre pas de ballonnement; le pouls est fréquent, assez fort, 120 pulsations par minute; il y a de l'agitation et beaucoup de malaise. Après avoir soigneusement examiné le malade, M. Sanson pensa qu'il n'y avait pas indication précise d'agir. En effet, la souplesse de l'abdomen, l'absence de tumeur dans la fosse iliaque droite et à l'hypogastre, la force du pouls, l'état de vigueur du sujet lui firent penser que l'opération pouvait être différée; il fit appliquer vingt-cinq nouvelles sangsues, et le malade fut remis au bain; on lui donna à boire de la limonade gazeuse; des cataplasmes furent placés sur l'abdomen. La nuit fut plus calme; il y eut un seul vomissement; le malade dormit un peu.

A la visite du 16, il était moins abattu que la veille, et avait repris l'espoir de guérir. On continua les mêmes prescriptions, et on y joignit un lavement purgatif qui n'amena pas de matières. Vers le soir l'agitation reparut, puis les coliques, les nausées et les vomissemens; la nuit fut très-mauvaise.

Le 17 au matin, cet état persiste; abattement considérable; cependant le pouls conserve de la force, et le ventre reste assez souple. On continue les mêmes prescriptions. La nuit se passe dans le même état.

Le 18, le pouls est devenu petit et serré; il y a de l'altération des traits; et tout semble annoncer une fin malheureuse et peu éloignée, si on n'a recours à des moyens énergiques. Alors M. Sanson se fondant sur un fait de sa pratique, fit appliquer à l'une des cuisses un petit vésicatoire sur lequel on dut placer trois gouttes d'huile de croton-tiglium; quatre minutes après cette application, le malade a une selle peu abondante, qui, dix minutes après, fut suivie d'une autre beaucoup plus copieuse. Cette évacuation est suivie d'un soulagement marqué; deux heures après nouvelles déjections très-abondantes et fétides; depuis la première selle, il n'y a plus eu ni vomissemens ni coliques. Le pouls se relève; la peau devient moite; le malade s'endort et jouit pendant la nuit d'un sommeil profond. Le matin, en se réveillant, il exhale toute sa joie de se voir rétabli, et il voudrait recommencer à manger et à travailler comme à son ordinaire; ce n'est qu'avec peine qu'on lui fait comprendre que son état exige encore quelques ménagemens. Il resta cinq jours de plus à l'hôpital et sortit parfaitement guéri avec la recommandation de garder son bandage même au lit. Du reste, pendant le séjour du malade à l'hôpital, il ne nous a jamais été possible de faire sortir sa hernie.

N° DU 9.

HOPITAL MILITAIRE DE VERSAILLES.

Clinique chirurgicale de M. Paradis, chirurgien en chef.

Observation d'abcès du médiastin simulant un anévrisme, de l'aorte ascendante; recueillie par M. DE DEUX PONTS, chirurgien sous-aide.

Linard, soldat au Ier régiment de hussards, âgé de 25 ans, de constitution sanguine peu prononcée, né de parens sains, le plus jeune de cinq enfans dont aucun n'est atteint de maladie organique, entra à l'hôpital le 10 mai 1834.

Il portait à la partie antérieure et supérieure du thorax, entre la quatrième et la sixième côte, une tumeur d'environ deux pouces de diamètre et de près d'un pouce de sinus d'inclinaison. Il prétendait qu'elle s'était développée huit jours avant sans cause connue: car il n'avait jamais eu aucune indisposition, bien qu'il eût fait à l'âge de huit ans une chute de cheval dont l'action s'était portée particulièrement sur la hanche gauche.

Enrôlé volontaire, il n'avait jamais eu ni soin, ni inquiétude, et n'avait également reçu aucun coup dont il se souvînt; seulement depuis six mois environ; il ressentait vers l'union des quatrième et cinquième côtes gauches avec le sternum, une douleur sourde et gravative qui, augmentée par un exercice violent, a subitement cessé après l'apparition de la tumeur. Celle-ci est dure, rénittente, mais sans douleur, sans changement de couleur à la peau.

Depuis trois semaines environ, elle est accompagnée d'un peu de gêne et d'oppression, lorsque Linard fait des efforts violens, ou monte un escalier un peu rapide. Du reste, le *facies* du malade n'offre aucune trace d'injection sanguine, ni rien qui caractérise aucune lésion des organes de la circulation. Aussi, le chirurgien en chef pensant avoir à faire à un abcès froid, s'apprêtait-il à plonger dans la tumeur la pointe d'un bistouri à lame étroite, lorsqu'il est arrêté par un battement assez fort, semblable à celui d'une tumeur anévrismale. Dans le doute, il s'abstient jusqu'à ce que ses conjectures aient été vérifiées par un examen plus approfondi.

Le lendemain, les lumières viennent d'elles-mêmes: les pulsations sont sensibles à la vue. L'auscultation fait sentir au centre de la tumeur un froissement considérable, une sorte de mouvement de soufflet qui indique un trouble quelconque dans la systole. Le pouls, examiné à différentes régions du corps, est parfaitement isochrone aux pulsations de la tumeur.

M. Laurent, médecin en chef de l'établissement, auquel le malade est présenté, pense qu'on a à traiter une tumeur anévrismale. Depuis, cet avis a été partagé par MM. Noble, médecin en chef de l'hospice civil; Boucher, Mora et Leroy, praticiens distingués de cette

ville. D'après cette idée, le malade est mis à un régime ténu, des saignées générales sont pratiquées de deux jours en deux jours, en même temps que la teinture de digitale est administrée à l'intérieur à doses successivement augmentées ; applications résolutives et glacées sur la tumeur : celle-ci semble avoir augmenté. Après les deux premières saignées, les pulsations se font fortement sentir dans toute sa masse ; elles soulèvent la peau qui paraît un peu amincie, quoiqu'elle n'ait point changé de couleur.

Malgré l'emploi des moyens antiphlogistiques et sédatifs pendant douze jours, la tumeur continue à faire des progrès remarquables. Le malade se plaint de picotement à sa base, qui a environ trois pouces de diamètre. On y ressent une espèce de bourrelet circulaire qui offre plus de dureté à gauche qu'à droite. La saignée étant suivie de syncopes, de maux de tête violens, et le développement de la tumeur, l'amincissement de la peau allant en sens inverse des évacuations sanguines, on croit devoir y renoncer pour se borner au régime et à l'expectation.

Il est bon de noter que depuis l'entrée du malade à l'hôpital, le système circulatoire avait présenté des anomalies assez curieuses. Ainsi, pendant qu'il faisait usage de la digitale et que les saignées minoratives étaient pratiquées deux fois par jour, le pouls et la tumeur offraient 80 pulsations par minute ; quand au contraire l'usage de ces moyens a cessé, elle se développe d'une manière plus lente, et le pouls tombe graduellement au point de ne donner, le 9 juin, que 17 pulsations par minute. La paroi qui sépare les doigts du liquide semble s'épaissir et rendre les battemens plus profonds, plus sourds. Le froissement, le mouvement de soufflet qu'on observait si bien dans la systole, est maintenant beaucoup moins prononcé.

Au centre de la tumeur une sorte d'auréole inflammatoire d'un pouce de diamètre. Du reste, l'état général du sujet continue à être satisfaisant.

Le 12, l'augmentation de volume est arrivée au point d'offrir cinq pouces de diamètre à sa base, et trois pouces d'élévation au centre. Ici, la peau lisse, amincie et légèrement érysipélateuse, forme une espèce de mamelon. Dans le reste de la tumeur, elle conserve son épaisseur et prend un aspect marbré.

Le bourrelet dont on a parlé plus haut, reçoit également de l'accroissement en dureté et en sensibilité.

Cependant, le pouls fuit sous le doigt, et ne donne que 43 pulsations par minute. Il se relève pourtant à mesure que la catastrophe paraît approcher, et arrive à donner 53 pulsations.

Le 26 au matin, l'amincissement de la peau, sa marbrure a encore augmenté. Le malade accuse beaucoup de douleur au sommet de la tumeur. On y remarque un petit point blanchâtre semblable à celui qu'on observe sur les furoncles parvenus à leur maturité.

Un autre point placé à sept ou huit lignes du premier, est réuni par un sillon assez régulier, qui n'est autre chose qu'une injection variqueuse des capillaires de la peau ; les pulsations sont peu visibles à l'œil, mais elles se sentent encore assez bien, surtout à la base, qui, sur deux points diamétralement opposés, a pris un volume considérable.

Malgré cela, l'homme est aussi tranquille que s'il était en parfaite santé, et ne paraît nullement se douter de l'accident que l'on craint pour lui.

Vers dix heures du matin, le sommet de la tumeur laisse échapper quelques gouttelettes de sérosité par une très-petite ouverture encore obstruée par un grumeau très-épais et très-lié qui résulte de la désorganisation du tissu cellulaire. Petit à petit l'ouverture s'agrandit aux dépens du sillon variqueux dont il a été question, et laisse échapper jusqu'à cinq heures du soir environ deux verres d'un liquide assez clair, d'un jaune verdâtre, contenant de petits grumeaux blanchâtres : ce liquide exhale une odeur infecte semblable à celle que donnent les ulcères causés par la carie.

Le chirurgien de garde attendait avec anxiété l'issue du sang de l'anévrisme présumé ; mais tout se borne à cette sérosité granuleuse. Aussitôt sa sortie, la tumeur s'affaisse complètement et la peau n'offre plus qu'une surface plane circonscrite par le bourrelet, sans trace de fluctuation. Les doigts promenés sur cette surface s'enfoncent comme dans de la pâte et perçoivent à grande peine de légères pulsations.

Vers la réunion au sternum des quatrième et cinquième côtes gauches, la peau s'enfonce tellement sous la main qu'elle semble pénétrer dans la poitrine par une ouverture faite au sternum. Ce qui semble confirmer ce diagnostic, c'est que la peau est repoussée instantanément par un épanchement qui se fait contre cet os et les tégumens, lorsque le malade se place sur son séant. A la douleur près, causée par le bourrelet, il paraît jouir d'une bonne santé et d'un appétit que ne contente pas une très-faible portion de vermicelle au lait ; cette douleur n'est pourtant pas telle, qu'il ne puisse se livrer à un sommeil paisible dont il avait été privé la nuit précédente.

Le 27 et jours suivans, l'ulcère continue à donner une grande quantité de sérosité à peu près inodore, ne teignant point le linge comme on l'observe dans la nécrose ; la peau s'affaisse, le bourrelet diminue. Comme rien de ce que l'on redoutait ne s'est vérifié, on diminue progressivement la sévérité du régime, ce qui accommode fort le malade, qui ne s'est jamais trouvé plus incommodé avant et pendant qu'après l'accident, c'est-à-dire que son état général a toujours été parfait.

Cependant l'amincissement considérable de la peau, l'énorme distension qu'elle avait soufferte, l'écoulement continuel de sérosité laissaient peu d'espoir d'en voir opérer l'adhésion, même par l'usage des injections irritantes ; aussi se détermina-t-on à l'enlever par le moyen de la potasse, tant pour donner aux chairs une activité qu'elles paraissaient avoir perdue que pour mettre à découvert la lésion du sternum. On étendit l'escharc de manière à y comprendre le bourrelet et à en opérer la fonte : elle eut ainsi environ trois pouces de diamètre, et laissa bientôt à nu une grande surface : mais de carie de sternum, point ; seulement près du cartilage de la qua-

trième côte gauche se trouvait un enfoncement de cinq à six lignes par lequel la sérosité semblait sortir de la poitrine et où se faisait encore remarquer le battement qui avait tant inquiété ; alors il se trouva revenu à son type primitif et donnait environ 60 à 70 pulsations par minute. Sous la partie du bourrelet qui avoisinait cet enfoncement, la sonde pénétrait dans les tégumens à une profondeur d'un pouce environ. Là sans doute devait se trouver la carie : on y applique la potasse ; soit qu'elle fût effleurée, soit par toute autre cause, elle a peu d'action et n'agit point assez profondément.

Malgré cela, à partir de cette seconde application, la cicatrisation commence dans toute l'étendue de l'ulcère. Elle s'opère avec une rapidité telle, que, le 20 septembre, Linard sort complètement guéri, après quatre mois de séjour à l'hôpital.

N° DU 11.

HOPITAL SAINT-LOUIS.

Service de M. Jobert.

(M. Vidal de Cassis, chirurgien par intérim.)

Hernie crurale étranglée ; emploi de la spatule cannelée pour le débridement. Choléra mortel.

Une femme de soixante-un ans, ayant beaucoup d'embonpoint, a été couchée au n. 61 de la salle Saint-Augustin, le 1er octobre, à sept heures du soir.

Sa santé à toujours été bonne, et elle a eu huit enfans.

Il y a deux ans environ, en poussant une pesante grille de fer, elle éprouva une sensation de déchirure dans le bas-ventre, et aussitôt elle aperçut une tumeur à la région inguinale droite. Cette tumeur était réductible ; on appliqua un bandage peu convenable ; car cette femme nous a assuré que presque constamment sa hernie ressortait.

Vendredi dernier, sans cause connue, au milieu d'un repas, la malade fut prise de violentes coliques avec suppression des selles.

Le 26 septembre, cet état persistant, un médecin fut appelé, qui constata l'existence d'une hernie étranglée. Ayant en vain tenté de la réduire, il conseilla à la malade de se rendre à l'hôpital, ce qu'elle ne fit que lorsque les vomissemens et les coliques devinrent insupportables. Voici ce qu'elle offrit à notre examen :

Anxiété, face rouge, pouls fréquent et petit, vomissemens de matières à odeur stercorale ; tension du ventre.

La tumeur est dure ; elle a le volume d'une grosse noix ; elle est douloureuse ; point de rougeur aux tégumens qui la recouvrent.

L'interne de garde essaye de la réduire par un taxis méthodique ; il croit avoir obtenu une diminution à peine sensible de la tumeur.

La malade éprouva cependant quelque soulagement ; on la laissa jusqu'au lendemain, 2 octobre. Alors M. Vidal la vit pour la première fois. Les accidens avaient reparu depuis le matin avec une nouvelle intensité. L'absence de selles, la fréquence des vomissemens, la petitesse du pouls, déjà un peu de rougeur, et une douleur plus marquée du côté de la hernie, l'impossibilité de la réduction par le taxis, indiquaient assez l'urgence du débridement.

Cependant, pour n'encourir aucun blâme, on prescrivit d'abord vingt sangsues à l'anus, puis un bain, pour tenter ensuite un nouvel effort de taxis, qui fut encore sans résultat. Deux heures après, M. Vidal revint ; l'opération fut décidée et exécutée ainsi que nous allons le décrire :

1° Large incision des tégumens et du fascia-superficialis perpendiculairement à la direction de l'aîne : une artère assez volumineuse se présente (sous-cutanée abdominale) ; elle est saisie, sur deux points différens avec deux pinces ; on en fait la section au milieu, chaque bout est lié, et pas une goutte de sang ne s'échappe.

2° Au moyen de la sonde cannelée, on coupe l'extrémité supérieure du repli falciforme.

3° Destruction d'une enveloppe qui revêt exactement toute la tumeur comme un véritable sac (fascia propria de Cooper).

4° Incision enfin du sac. Ce dernier temps de l'opération a été fort délicat, et demandait une bien grande attention. Le sac était composé de plusieurs feuillets ; il ne contenait point de liquide, et était adhérent aux viscères herniés. Heureusement que ces adhérences étaient récentes.

La hernie est donc tout-à-fait découverte ; voici ce qu'elle nous présente :

En avant, un paquet d'épiploon ; en arrière, une anse intestinale, et des adhérences unissaient ces deux parties ; elles sont détruites avec grand soin.

Restent donc les deux derniers temps de l'opération, le débridement et la réduction. C'est à ce moment que nous avons été à même de juger de l'effet d'une modification qui appartient à M. Vidal ; modification qui fait du débridement le temps le plus simple de l'opération.

Les instrumens dont se sert cet opérateur sont :

1° Une spatule en argent, de même forme que les spatules ordinaires ; seulement celle-ci est tout-à-fait droite, un peu moins large, plus mince et légèrement concave sur une de ses faces. Vers l'extrémité large, sur le milieu, règne une cannelure.

2° Un bistouri droit, à lame étroite, et se terminant au bout comme une jambette.

La spatule est introduite entre les organes herniés et l'orifice du sac. Le bistouri est appliqué de plat sur cette spatule, son dos correspond à la cannelure ; il est ainsi introduit. Alors les deux instrumens ne font qu'un, et ils occupent à peine la place qui serait nécessaire à une sonde cannelée, ce qui est un premier avantage. D'ailleurs voici les mouvemens du débridement ; on fait exécuter un tour au bistouri, de manière que le dos tombe dans la cannelure, et que le tranchant se relève et incise les tissus qui s'opposent à ce mouvement. Ici ce sont les fibres de l'arcade crurale qui vont former le ligament de Gimbernat, qui ont été divisées, mais

en dédolant. Les avantages de ce procédé n'ont pas besoin d'être énumérés ; il réunit promptitude et sûreté. La spatule, en effet, tient parfaitement les intestins à l'abri de l'instrument ; et, d'autre part, le bistouri, coupant pour ainsi dire en grattant, ne pourra jamais léser l'artère. D'ailleurs, la spatule ne peut être enfoncée profondément, et le bistouri ne dépasse jamais le conducteur.

Si ce débridement ne suffisait pas, on pourrait, suivant encore la méthode de M. Vidal, appliquer le plat de la spatule dans une autre direction, et attaquer l'anneau sur un autre point. Ce débridement multiple a les plus heureux effets, car il donne beaucoup d'espace sans exposer le malade à une hémorrhagie.

Nous dirons à ceux qui croiraient que souvent ces deux instrumens ne peuvent entrer à la fois dans le col s'il est fortement serré, que lorsqu'ils auront expérimenté ils conviendront que là où une sonde cannelée peut être introduite, il leur sera toujours possible d'employer la spatule et le bistouri que nous avons décrits.

Chez notre malade, un seul débridement a suffi. A peine la réduction faite, avant même la terminaison du pansement, qui consiste en une réunion simple par première intention, la malade évacua une énorme quantité de matières fécales, liquides et noirâtres. Cette évacuation continua encore dans le lit ; les vomissemens disparurent complètement, ainsi que les douleurs abdominales, et tout alla bien jusqu'au soir. Mais avec la nuit survint un autre ordre de phénomènes. Des crampes se manifestèrent, la peau se réfroidit, la face semble se contracter, les yeux sont entourés d'une auréole sombre, ils sont caves et ternes ; la voix est rauque. La malade est extrêmement agitée ; elle n'indique aucune douleur, mais elle demande avec instance des alimens.

Ces symptômes augmentent pendant la nuit. Le lendemain cessation complète des urines ; du reste toujours même apathie de la malade, qui n'accuse aucune souffrance ; les crampes seules sont disparues ; le désir d'alimens persiste. La voix est complétement éteinte. Point de vomissemens depuis l'opération. Les selles n'ont point cessé ; elles deviennent plus liquides et plus pâles. Réchauffer les corps avec des alèzes chaudes ; eau de gomme.

Enfin la malade s'éteint sans souffrances à midi. Ainsi, chose bien extraordinaire ici, nous voyons un véritable choléra succéder à une opération, comme nous avons vu, dans une observation fort intéressante publiée dans ce journal, le choléra disparaître avec une opération de hernie étranglée, lorsque déjà la malade était au dernier degré.

Autopsie.

Les parois abdominales incisées crucialement, et chaque lambeau renversé, on voit à la région crurale droite, au lieu de la hernie, l'épiploon adhérent dans une assez grande étendue, nous retrouvons le même paquet épiploïque qui, de nouveau, s'était rattaché sur l'anse d'intestin ayant fait partie de la hernie ; elle est un peu plus rouge que le reste du canal digestif et adhère à l'orifice interne de l'anneau crural. La partie qui se trouvait pincée au-dehors peut bien avoir deux pouces d'étendue. La muqueuse, qui avait été en rapport avec le ligament du Gimbernat, était coupée comme le sont les membranes internes des artères après une ligature. Les membranes musculeuse et séreuse étaient intactes. Le reste des intestins présente à l'extérieur une rougeur d'insertion veineuse assez marquée, sans aucune trace de péritonite. Dans leur cavité, nous trouvons une grande quantité d'une matière blanchâtre, liquide, sans flocons à la vérité, mais d'autant plus liquide, que nous approchions de l'extrémité inférieure du petit intestin. Dans cette dernière portion de l'intestin, les follicules de Brunner étaient très-développés.

Le foie sain, la vessie vide et fortement contractée.

Cavité thoracique. Poumons sains ; le cœur est rempli de caillots de sang noir ; les veines en contiennent présentant ce caractère.

Cavité crânienne. Les sinus veineux sont pleins de sang noir ; la substance du cerveau est assez fortement piquetée. Du reste, aucune autre altération.

M. Vidal n'a manifesté qu'un regret, celui d'avoir temporisé plusieurs heures. L'étranglement datait de six jours.

Ed. Laborie, interne à Saint-Louis.

N° du 14.

INSTITUT CLINIQUE DE BOLOGNE.
(Italie.)

Résumé d'une conférence clinique de M. Tommasini, *sur une pneumo-diaphragmite chez une femme enceinte de six mois ; mort du fœtus ; délire mélancolique.*

Il fut transporté dans notre institut clinique, une femme enceinte de six mois, affectée d'une pneumo-diaphragmite très-grave et déjà très-avancée ; dont les caractères manifestes étaient la douleur vive au côté et à la région du diaphragme. La toux, entrecoupée par la douleur excessive, était sèche, fréquente, incomplète ; la respiration profondément gênée, les crachats rares et minces ; le pouls petit, fréquent, vibrant ; la peau aride, la physionomie altérée ; disposition au vomissement et au sanglot.

A cet appareil de symptômes, s'ajoutaient des douleurs à l'abdomen, dues à des menaces d'avortement, et les craintes que la malade éprouvait sur la vie du fœtus, qui pouvait ne pas résister au dérangement auquel elle se trouvait soumise elle-même. Il ne nous fut pas possible, malgré tous les soins que nous avons mis à secourir la malade, et les moyens les plus actifs d'enrayer l'inflammation profonde dans des viscères aussi essentiels à la vie que le poumon et le diaphragme, il ne nous fut pas possible, dis-je, de contenir les progrès de l'inflammation, ni d'en prévenir les fâcheux résultats, ni d'empêcher la mort du fœtus.

La malade étant morte au dix-septième jour de la maladie, l'opération césarienne fut aussitôt pratiquée, et le fœtus se trouva en tel état, que nous dûmes le croire mort déjà depuis quelques jours; nous trouvâmes, ainsi que nous l'avions prédit chez la mère, les résultats d'une inflammation profonde du poumon et du diaphragme; empâtement phlogistique et induration des poumons, adhérences très-fortes des poumons à la plèvre costale; adhérence plus prononcée encore du diaphragme, lequel, portant les traces d'une phlogose encore vive, était en outre si adhérent aux poumons, tellement agglutiné, identifié avec la superficie du foie, qu'il fut plus facile de rompre ou déchirer le foie, que de séparer l'un de l'autre ces deux organes. Le cerveau ne montrait aucune apparence d'état pathologique, et les autres viscères étaient également sains. Mais ce sur quoi nous insisterons fréquemment, ce qui fut particulièrement digne de notre attention, et ce qui a mis notre esprit à la torture, pour en essayer une explication, ce fut le phénomène suivant :

Les symptômes de la pneumo-diaphragmite étaient encore dans leur plus grande vivacité, quand, entre les treizième et quatorzième jours de la maladie, trois ou quatre jours avant la mort, à peu près à l'époque dans laquelle on peut supposer être arrivée la mort du fœtus (d'après l'aspect qu'il nous présenta), les phénomènes relatifs à l'inflammation du diaphragme et du poumon peu à peu se dissipèrent, et il se développa à la place un tel délire, qu'en considérant l'aspect, les manières, la physionomie de la malade, on l'aurait dit mélancolique.

La toux disparut, la malade n'a plus accusé de douleur, ou de points de côté, ou de la difficulté de la respiration. A nos yeux même la respiration commença peu à peu à se régulariser, et acquit vers les derniers jours de vie la plus naturelle facilité. La fièvre commença à se dissiper, la chaleur de la peau devint naturelle, de manière qu'on aurait cru la maladie de la poitrine dissipée, quoique la cause du délire pût être par diffusion ou par sympathie des parties dans le système cérébral.

Cette malade se levait quelquefois, et s'asséyait dans le lit comme une femme aliénée, sans que la respiration s'altérât. Elle avait le regard et la physionomie d'une malade dont les fonctions intellectuelles sont altérées par un délire mélancolique et chronique, et aucune secousse de toux ne la tourmentait. Elle dormait quelquefois d'un sommeil tranquille, comme dorment les mélancoliques; le coucher, de quelque côté que la malade se posât, ne rendait moins facile la respiration: et pourtant cette malade, si l'on considère les résultats de l'ouverture cadavérique, est morte victime de suppuration et de profondes altérations au poumon et au diaphragme, inconciliables avec la vie.

En effet, le poumon, la plèvre, le diaphragme, le foie, les côtes, étaient tellement bridés, adhérens, connexes entre eux, que cette union rendait impossible les mouvemens de l'appareil thoracique et de la respiration.

Comment peut-on donc concevoir que le sensorium, les poumons et le diaphragme étant affectés profondément, en dépit de tant d'entraves, pussent exécuter les mouvemens convenables à ces parties libres et à la respiration naturelle ?

Pour moi, je n'ai ni la prétention, ni l'espoir de comprendre ce phénomène, comme je ne l'eus pas davantage d'en comprendre d'autres semblables; et, comme Morgagni et Dehaen, je ne conçois pas les prodiges pathologiques d'une telle nature. Je réfléchis seulement que chez les maniaques, se taisent souvent ou semblent se taire les affections locales et tout autre effet visible des mêmes affections. Je dois rappeler le cas de mélancolie décrit par le professeur Ruggieri. Le sujet, pris d'une manie religieuse, se crucifia lui-même, et il eut la force de se percer les deux pieds en les attachant avec un long clou au bras inférieur d'une croisée; puis de se percer et d'attacher à l'un des montans latéraux la main gauche; puis de fixer avec une telle force la main droite contre un clou aigu déjà enfoncé et saillant du côté droit de la croix, que celle-ci restât enfoncée.

Le spasme et la douleur des nerfs et des muscles, déchirés et percés, n'a pu le détourner d'une opération si longue et si difficile, et la lésion de tant de parties nerveuses n'occasiona pas de convulsions.

Je pourrais trouver dans l'histoire des exemples nombreux où l'enthousiasme a rendu des êtres vivans insensibles aux plus douloureuses, aux plus barbares et plus prolongées opérations.

Notre malade était sans doute profondément affectée dans son système nerveux; mais non pas dans le principe de la maladie, ni dans les progrès par diffusion de la phlogose du poumon ou du diaphragme aux meninges; car, de cette inflammation, on n'a pas eu les symptômes, on n'a pas trouvé les traces dans le cadavre. En effet, j'ai regardé cette femme comme affectée de cette profonde altération qui constitue la secrète condition pathologique de plusieurs maladies et mélancolies; qui peut être idiopathique dans le système nerveux sans qu'il en paraisse des indices dans le cadavre; lésion propre à cette texture intime, ou condition médiate de la pulpe nerveuse que nous ne connaissons pas dans l'état de santé; qui survient parfois produite subitement par une maladie; qui ne peut pas être prouvée par les recherches anatomiques.

La malade, d'une constitution sensible peut-être, et amoureuse outre mesure, comme l'indiquait son regard plein de douceur et de tendresse, fut facilement prédisposée à ce genre de profond désordre nerveux, par la crainte de la mort du fœtus, et de la frayeur de se voir avorter dont elle fut prise, je crois, dès le début de la maladie. Crainte, douleur qui ne l'abandonnèrent jamais, et dont elle donna toujours de manifestes indices. Dans cet état de chose survint la mort du fœtus qui, dans un dérangement de fonctions aussi grave, dans un tel désordre de l'économie, était très à craindre. Chacun sait combien la mort du fœtus dans l'utérus influe profondément sur le système nerveux de la mère. Déjà les accoucheurs prononcent souvent la mort

du fœtus, (incertaine encore par d'autres indices). par le changement du moral, par l'invincible tristesse, par une dépression d'âme inexplicable chez les femmes enceintes.

Je ne dirai pas qu'un fœtus mort dans l'utérus influe sur le système de la mère de telle manière, ni au degré auquel influe sur l'économie entière la mort d'un membre gangréné; mais je dirai que le fœtus est presque un organe continu et identique avec la mère qui l'a conçu et l'alimente dans l'utérus. Il me sera permis de soupçonner que de la mort du fœtus *abhorre* physiquement le système nerveux maternel, comme de la mort d'un fils se révolte moralement la pensée. Il n'est pas contraire aux plus manifestes, et pour moi inébranlables lois de la diffusion morbide; il n'est pas contraire, dis-je, de penser que la propagation de cette influence délétère, quelle qu'elle soit, du fœtus mort, au système nerveux de la mère, pour laquelle le sensorium de la mère peut être porté à la tristesse, à la mélancolie, au délire, soit plus ou moins facile, selon la plus ou moins grande aptitude des divers tempéramens et du système nerveux, aux participations, aux diffusions morbides, et à ce genre de successions morbides. Et il arrive peut-être par ce grand accord, par cette conformité admirable d'aptitudes qui règne entre le physique et le moral des individus, que, comme une mère qui sent beaucoup, participe moralement plus que les autres, à toutes les douleurs de ses propres enfans; ainsi, elle est plus sujette à un genre indiqué de participations physiques morbides, et ayant par malheur un fœtus mort dans l'utérus, plus qu'une autre mère ne ferait dans le même cas, participe dans l'intimité profonde du système nerveux, aux si fatales influences délétères d'un corps mort qui lui appartient si étroitement.

N° DU 16.

HOPITAL DES ENFANS MALADES.

Service de M. Guersent.

Observations de coqueluche traitée avec succès par l'extrait de belladone.

Première observation. — Marie Esquirolle, âgée de cinq ans et demie, d'une bonne constitution, d'un embonpoint assez développé, était convalescente de la variole, lorsqu'elle fut prise de toux, de malaise fébrile accompagné d'une certaine gêne de la respiration.

Admise à l'hôpital le 22 août, trois jours après l'invasion de la toux, elle nous offrit les signes d'une bronchite peu intense. La toux revenait par quintes; elle n'était suivie d'aucune expectoration. L'auscultation du thorax faisait entendre du râle sibilant à droite et à gauche; la percussion donnait un son clair. La chaleur de la peau était peu élevée; le pouls donnait 100 pulsations environ. Les voies digestives étaient en bon état.

On se borna à l'usage des boissons pectorales, et l'on permit quelques alimens.

Dans les premiers jours de septembre, la toux prit les caractères de la coqueluche; elle revint par quintes qui se renouvelaient dix à douze fois toutes les vingt-quatre heures. On continua la même médication, et l'on prescrivit en outre des pédiluves sinapisés.

Le 10, on fit une friction avec l'essence de térébenthine sur la partie antérieure et postérieure du thorax, qui fut suivie d'une rubéfaction de la peau, dont l'épiderme se souleva en quelques points, et donna lieu à quelques petites phlyctènes qui offraient l'aspect de l'herpès phlyctenodes. On pansa avec du cérat. Au bout de quelques jours l'épiderme s'était détaché par écailles furfuracées.

Les quintes persistant avec la même fréquence et la même intensité, on eut recours à l'extrait de belladone.

Le 19, jour où l'on commença à faire usage de cette préparation, la malade se trouvait dans l'état suivant :

Quintes très-caractérisées, avec sifflement prononcé, revenant sept à huit fois dans les vingt-quatre heures, suivies toujours d'expectoration muqueuse, et quelquefois de vomissement. Dans l'intervalle des quintes, peau de chaleur modérée, pouls à 124 pulsations, 32 inspirations; râle muqueux, sibilant en ronflant, dans les deux côtés de la poitrine; langue naturelle, pas de douleur à la gorge, pas d'altération de la voix, pas de gêne de la déglutition; soif médiocre, appétit conservé; ventre souple et indolent, selles quotidiennes; dilatation des pupilles naturelles, nulle céphalalgie, intelligence nette. Mauve édulcorée; julep gommeux avec 1 grain d'extrait alcoolique de belladone; lait et semoule.

Le 20, les pupilles sont dilatées, sans trouble de la vision, sans céphalalgie. Le pouls bat 120 fois par minute, la respiration se maintient à 32. Légère épistaxis. Les quintes, d'après le rapport de la religieuse de service, ont été moins fréquentes, mais elles conservent du reste leur intensité, à en juger par celle qui a lieu à l'heure de la visite. Même prescription.

Le 21, même dilatation des pupilles, quintes moins fréquentes : elles ne sont pas suivies de vomissement. Le crachoir de la malade contient quelques crachats pelotonnés, nageant dans un liquide semblable à une forte solution de sirop de gomme. 112 pulsations, 28 inspirations, à une époque éloignée des accès.

Compté immédiatement après une quinte, le pouls donne 140 pulsations, et la respiration s'est élevée à 42. Extrait de belladone, 1 grain et demie.

On continue l'emploi de la même préparation jusqu'au 28, en augmentant graduellement la dose, qui les derniers jours, est portée à 3 grains.

Sous l'influence de cette médication, les quintes diminuent graduellement de fréquence; et le 25, la toux est devenue purement catarrhale.

Nous n'avons observé d'autre trouble du côté des fonctions sensoriales, que la dilatation des pupilles. Les voies digestives ont toujours été en bon état.

La malade a quitté l'hôpital le 28 septembre, entièrement guérie.

Dans ce cas la coqueluche était dégagée de toute complication. Nous avons pu observer la maladie dans se

trois périodes, la malade ayant été admise à l'hôpital dès l'invasion de la période catarrhale. On se borna à de simples boissons adoucissantes et à l'emploi des révulsifs, jusqu'à ce que la malade fût arrivée du douzième au quinzième jour de la période spasmodique.

Ce n'est qu'à cette époque que les préparations de belladone sont employées avec succès; aussi, sous l'influence de cette médication, les quintes diminuèrent rapidement d'intensité et de fréquence, et la malade entra en convalescence huit jours après avoir fait usage de la belladone.

On continua le médicament trois jours après la disparition des quintes. Sans cette précaution, on s'expose quelquefois à voir les quintes reparaître. C'est ce qui est arrivé dans l'observation suivante, où une phlegmasie intercurrente des amygdales força de suspendre brusquement l'emploi de la belladone.

Deuxième observation. Louise Saulnier, âgée de sept ans, d'une complexion grêle, rachitique, née d'une mère qui a succombé au milieu d'une hémoptysie après plusieurs mois de souffrances, et d'un père qui tousse depuis trois ans et a eu de nombreuses hémoptysies, est admise à l'hôpital le 27 mai.

Cette jeune fille tousse depuis trois mois; la toux revient par quintes depuis trois semaines; elle est accompagnée d'angoisses, suivie d'une expectoration abondante et souvent de vomissemens; de fréquentes épistaxis ont eu lieu depuis cette époque; les crachats n'ont jamais été sanglans; aucune médication active n'a été mise en usage.

Le 28, décubitus sur le côté droit, tristesse, abattement, céphalalgie sus-orbitaire, toux revenant par quintes très-caractérisées, expectoration de crachats muqueux, filans, nageant au milieu d'un liquide séreux; râles muqueux, ronflant et sibilant dans toutes les parties de la poitrine; percussion sonore, peau médiocrement chaude, pouls à 124, respiration à 36; langue papilleuse, soif peu vive, ventre indolent, anorexie; pas de diarrhée. Mauve; julep gommeux; large morceau de sparadrap sur le devant de la poitrine.

Le 29, les quintes conservent leur intensité et leur fréquence. On commence l'usage de l'extrait alcoolique de belladone à la dose d'un grain dissous dans un julep gommeux.

Le 30, un grain et demi d'extrait de belladone. Pouls à 112. L'auscultation et la percussion fournissent les mêmes résultats. Pas de trouble des fonctions digestives.

Le 31, même prescription. Diminution des quintes sous le rapport de leur intensité et de leur fréquence. Dilatation des pupilles, sans trouble notable de la vision.

Le 1er juin, deux grains d'extrait de belladone. Deux quintes d'intensité médiocre dans les vingt-quatre heures.

Le 2 juin, pas de quintes. La malade éprouve de la douleur à la gorge; la déglutition est gênée. Le pharynx et les amygdales offrent de la rougeur et de la tuméfaction. La peau est chaude; le pouls bat 112 fois par minute; la toux est purement catarrhale. On entend à l'auscultation le même mélange de râle que les jours précédens. Du reste, pas de matité circonscrite ni étendue, pas de retentissement dans la voix. Ventre souple et indolent, selles quotidiennes. Mauve édulcorée; gargarisme adoucissant; pédiluve sinapisé; diète. On suspend la belladone.

Les quintes restent suspendues jusqu'au 4 juin; mais à cette epoque, elles reparaissent; le sifflement est très-caractérisé. La fièvre persiste, le pouls bat 124 fois pour minute. 32 inspirations. Les amygdales sont beaucoup plus tuméfiées que les jours précédens; la déglutition reste gênée, la voix nasonnée. La malade ressent une vive douleur dans l'oreille droite. On pratique une saignée du bras de deux palettes.

Le 10, l'angine a complétement disparu, les quintes persistent.

Le 12, la fièvre est à peine sensible dans l'intervalle des quintes, qui sont encore très-caractérisées. Les voies digestives sont en bon état. Les bronches sont toujours le siége d'une sécrétion abondante. On reprend l'extrait de belladone; on commence par la dose d'un grain, que l'on porte successivement à trois grains.

Le 20, les quintes ont complètement cessé; la toux est purement catarrhale. Les pupilles sont énormément dilatées; la vue notablement troublée. La malade se plaint de douleur et de pesanteur de tête. On diminue la dose de la belladone, que l'on continue jusqu'au 25.

Les quintes ne reparaissent plus. La malade quitte l'hôpital le 28.

Quoique l'auscultation et la percussion de la poitrine n'aient révélé l'existence d'aucune lésion organique du poumon, il est à craindre que cette jeune fille ne soit atteinte d'une affection tuberculeuse commençante.

La toux, qui a précédé de plus de deux mois l'invasion de la coqueluche, la mauvaise conformation du thorax, cette fâcheuse disposition que lui ont léguée ses parens, manifestement atteints de phthisie pulmonaire, nous ont inspiré quelques inquiétudes à cet égard.

Quoi qu'il en soit, la toux convulsive a été attaquée par la belladone, et elle a complètement cédé. L'affection tuberculeuse, alors qu'il n'existe aucune phlegmasie intercurrente du poumon ou des plèvres, n'est pas une contre indication à l'emploi de la belladone.

Nous avons vu à l'hôpital des Enfans plusieurs malades guérir de la coqueluche sous l'influence de moyens variés, et succomber plus tard à une phthisie pulmonaire dont l'origine remontait à une époque plus ou moins éloignée de la coqueluche.

Une circonstance digne de remarque, c'est la cessation des quintes et leur retour après la cessation de l'emploi de la belladone. L'angine qui se manifesta quelques jours après l'emploi de ce moyen, nécessita la suspension du narcotique, et les quintes reparurent trois jours après. Nous ne pensons pas qu'on doive regarder cette angine comme un des effets de la belladone. Cette affection régnait à cette époque dans les salles, et nous l'avons vu se manifester chez plusieurs autres malades qui ne faisaient point usage de belladone.

Quoi qu'il en soit, après avoir combattu par des moyens appropriés cette angine intercurrente, et avoir dégagé ainsi la coqueluche de toute complication, on reprit la belladone; les quintes sous l'influence de ce moyen, diminuèrent rapidement de fréquence et disparurent ensuite complètement. La guérison, comme cela arrive dans le plus grand nombre des cas, coïncida avec l'apparition de quelques symptômes de narcotisme, qui cédèrent rapidement à mesure qu'on diminua la dose de l'extrait de belladone.

N° DU 18.

HOPITAL DES ENFANS MALADES.

Service de M. Guersent.

Observation de péritonite tuberculeuse.

Joudrion (Elisabeth), 13 ans, brunisseuse, née à Valenciennes, habite Paris depuis deux ans. Elle a eu la variole dans son enfance et des engorgemens glanduleux au cou; elle a perdu ses parens pendant l'épidémie de 1832; durant les trois mois qui l'ont suivie elle a vécu dans la plus profonde misère, et a été tourmentée par une diarrhée qui a persisté six semaines environ, accompagnée de douleurs sourdes du ventre et quelquefois de vomissemens. Elle ne s'est pas alitée, et n'a fait usage d'aucune médication.

Peu de temps après son arrivée à Paris, où elle fut recueillie par une tante, elle reprit des forces et de l'embonpoint; elle faisait alors usage d'une nourriture saine. Mais bientôt il survint quelques accès de fièvre irréguliers, des douleurs de ventre se faisaient fréquemment sentir des vomissemens avaient lieu par intervalle; elle éprouvait des alternatives de diarrhée et de constipation. L'amaigrissement fit de nouveaux progrès.

Vers la fin d'avril la diarrhée devint continuelle, elle persistait depuis environ trois semaines lorsqu'elle fut admise à l'hôpital le 13 mai.

Examinée le 14, à la visite du matin, elle nous offrit l'état suivant :

Face pâle, émaciée; peau sèche, terreuse; tuméfaction et tension du ventre qui est douloureux à la pression dans toute son étendue. On cherche vainement à constater à l'intérieur de cette cavité la présence de quelque tumeur. Fluctuation obscure. Veines des parois dilatées. Vomissemens par intervalles, diarrhée abondante; douze à quinze évacuations dans les 24 heures. L'appétit n'est pas entièrement perdu, la langue est naturelle; toux rare, expectoration nulle; pas d'altération de la voix. Bruit respiratoire pur à droite et à gauche, sonoréité normale. Les battemens du cœur n'offrent rien de remarquable. Le pouls, petit et régulier, bat 104 fois par minute. On compte dans le même laps de temps 28 inspirations. *Riz gommé; lavement émollient; diète.*

L'ensemble de ces signes ne permit pas de révoquer en doute l'existence d'une péritonite chronique; or, comme les affections chroniques du péritoine à cet âge sont presque constamment liées à la présence des tubercules, on diagnostiqua : *Péritonite tuberculeuse.*

L'appareil respiratoire ne donnait à cette époque aucun signe de souffrance appréciable. La toux était rare. Aucun signe sthétoscopique n'annonçait l'altération du parenchyme pulmonaire : Cependant on n'hésita pas à porter sur la feuille de diagnostic *tubercules pulmonaires*, se fondant sur la loi de M. Louis, qui est vraie pour les enfans comme pour les adultes, loi en vertu de laquelle toutes les fois qu'il existe des tubercules dans l'abdomen, les organes thoraciques en contiennent également. La marche de la maladie ne tarda pas à confirmer le diagnostic.

La diarrhée persista les jours suivans avec des alternatives de rémission et d'exacerbation. Les vomissemens revenaient par intervalles. Ils se renouvelaient quelquefois deux ou trois jours de suite, pour reparaître au bout de huit, dix ou quinze jours. On opposa à la diarrhée la décoction blanche, les potions opiacées, les demi-lavemens avec le diascordium. On permit à la malade des alimens, des œufs frais, des crêmes de riz. L'appétit était très-capricieux, tantôt la malade mangeait avec voracité, et demandait des alimens à grands cris, tantôt elle repoussait tout ce qu'on lui donnait et se contentait de simples boissons.

Vers le milieu de juin, la toux qui avait été rare au début devint fréquente, et s'accompagna de douleurs interscapulaires. Du râle muqueux se faisait entendre à l'auscultation. Fièvre hectique, sueurs nocturnes; dépérissement progressif.

Cet ensemble de symptômes persista jusque vers le milieu de septembre, avec des alternatives de bien et de mal. La malade se leva presque tous les jours. Elle prit toujours une petite quantité d'alimens. Le ventre resta toujours tuméfié, la diarrhée ne cessa jamais complètement, les selles étaient parfois sanguinolentes. Les vomissemens revenaient par intervalles.

Vers le 20 septembre, la malade était arrivée au dernier degré du marasme. Elle ne pouvait plus se lever, elle conservait cependant assez de force pour aller au bassin. La voix était affaiblie, la toux était fréquente et s'accompagnait de douleurs dans le trajet du sternum et sur la clavicule gauche. Expectoration de crachats puriformes, expansion nulle. Bronchophonie et souffle tubaire sous l'omoplate du côté gauche. Le ventre était toujours tuméfié, les circonvolutions intestinales se dessinaient en quelques points à travers ses parois amincies. La douleur était vive dans le flanc droit, nulle dans les autres points. Nausées continuelles, vomissemens fréquens. Pouls petit, filiforme, à 120, teint d'un jaune paille.

L'état de la malade offrit peu de changement jusqu'au 30 septembre, jour de la mort. Elle conserva jusqu'au dernier moment l'intégrité de ses facultés intellectuelles; elle succomba sans convulsions et sans agonie.

Ouverture du cadavre, 31 *heures après la mort.*

Habitude extérieure. Marasme; pas de rigidité cada-

vérique; teinte bleuâtre de la paroi antérieure de l'abdomen.

Tête. Parois du crâne amincies; dure-mère saine. Une once de sérosité limpide dans les fosses occipitales. Infiltration séreuse de la pie-mère, sans granulations ni tubercules. Glandes de Pachioni très-développées et occupant toute la longueur du bord de la grande scissure. Substance cérébrale saine.

Cou et poitrine. Pâleur de la muqueuse du larynx, de la trachée et des bronches qui ne présente aucune ulcération. Pas de tubercules des glandes sous-maxillaires. Dégénérescence tuberculeuse de trois ganglions bronchiques.

Adhérence entre les plèvres costale et pulmonaire au sommet des deux poumons. Adhérences interlobaires à gauche. Le lobe supérieur du poumon droit renferme une masse tuberculeuse du volume d'une aveline, autour de laquelle le tissu pulmonaire est induré dans l'épaisseur de quatre à cinq lignes. Ce lobe renferme également quelques tubercules isolés. Les lobes moyen et inférieur ne présentent qu'un simple engouement séro-sanguinolent. Le lobe supérieur gauche renferme une petite excavation remplie de matière tuberculeuse ramollie, pouvant loger une cerise dans sa capacité. Le lobe est hépatisé en rouge dans presque toute son étendue. Une couche de matière blanchâtre ayant la consistance du fromage de Gruyère, existe sous la plèvre pulmonaire où elle occupe une surface d'un demi-pouce de diamètre. Engouement séro-sanguinolent du lobe inférieur.

Trois onces de sérosité limpide sont contenues dans la cavité du péricarde. Cœur de volume normal.

Abdomen. La paroi antérieure de l'abdomen adhère intimement aux circonvolutions intestinales à l'aide de fausses membranes parsemées de nombreux tubercules, dont la couleur blanche contraste avec la teinte ardoisée des tissus qui forment ces adhérences. Les intestins sont également unis entre eux de manière à former une masse inextricable. Tous les ganglions contenus dans la cavité abdominale ont subi la dégénérescence tuberculeuse. Des tubercules sont développés entre les deux feuillets de l'épiploon.

La muqueuse gastrique d'un blanc légèrement luisant, est ramollie dans presque toute son étendue. Dans le grand cul-de-sac toutes les membranes sont réduites en bouillie, à l'exception de la séreuse. Aucun liquide n'était contenu dans sa capacité. Plusieurs tubercules siégent sous sa membrane séreuse. Teinte ardoisée de la muqueuse intestinale dans toute son étendue. Consistance faible; tubercules sous-muqueux et sous-séreux disséminés dans les différentes parties du canal intestinal. Ulcérations extrêmement nombreuses dans le dernier pied de l'iléon, ayant la forme lenticulaire; neuf ou dix ulcérations dans le gros intestin de la largeur d'une pièce de quinze sous, dont quelques-unes intéressent la totalité des membranes. Les fausses membranes qui unissent les portions perforées remplaçaient la paroi de l'intestin dans ces points. Foie volumineux, d'un jaune paille, graissant le scalpel. Des fausses membranes parsemées de tubercules unissent le viscère au diaphragme et à l'intestin; quelques fausses membranes à la surface de la rate. Du reste, pas un seul tubercule dans le parenchyme de ces deux viscères. Les reins offrent un volume normal; leur substance corticale est décolorée.

Quelques tubercules sous-muqueux et sous-séreux de la vessie, qui ne contient pas d'ulcération.

N° DU 21.

Observation d'une hernie crurale gauche étranglée, réduite après cinq jours d'étranglement, par M. Amussat, *au moyen de son taxis gradué forcé.*

La femme Villeaus, âgée de 42 ans, d'une constitution délicate d'un tempérament lymphatique, amaigrie par de longues souffrances, demeurant à Paris, rue de l'École-de-Médecine, n° 27, portait depuis six mois, au pli de l'aîne gauche, une tumeur oblongue de la grosseur d'un petit œuf de poule.

Cette femme ayant eu dans sa vie plusieurs engorgemens des glandes inguinales, par suite d'infection vénérienne, crut cette tumeur de la même nature que les précédentes et n'y fit pas d'autre attention.

Occupée à des travaux d'aiguille elle ne faisait jamais d'efforts; cependant, tout à coup et sans cause appréciable pour elle, la femme Villeaus éprouva, le 10 septembre, des coliques et des vomissemens qui ne cédèrent point aux moyens généraux qu'elle employa.

M. A...., interne des hôpitaux de Paris, fut appelé le 11 septembre pour porter remède à son mal. Ce médecin dirigea d'abord son attention sur la tumeur de l'aîne à laquelle il rapportait les coliques et les vomissemens; mais, détourné de cette direction par la malade même qui affirmait qu'une indigestion causait son mal, M. A..... fit administrer un vomitif dont la malade ne fut point soulagée. Elle prit également, sans le moindre amendement, plus de 30 lavemens qu'elle ne rendit pas.

Le 12 septembre, le docteur Monda ayant été appelé auprès de la femme V...., reconnut qu'il existait au pli de l'aîne gauche une tumeur résistante qui présentait tous les caractères et les symptômes d'une hernie étranglée depuis plusieurs jours.

MM. Th. et R., qui avaient été aussi appelés dans la soirée du 13 par M. A...., firent, chacun à leur tour, pendant un quart-d'heure environ, de vaines tentatives de réduction; ils déclarèrent enfin qu'ils jugeaient l'opération nécessaire et urgente; et leur conviction était telle, qu'ils renouvelèrent avec instance et à plusieurs reprises leur proposition d'opérer la malade qui ne voulut jamais y consentir.

Cependant, M. Monda, qui avait aussi reconnu l'imminence du danger, fit appeler M. Amussat, qui, à son arrivée, trouva la malade dans l'état suivant:

Décubitus sur le dos; face pâle, terreuse, grippée;

yeux larmoyans, mornes, cernés par un cercle brunâtre, et comme enfoncés dans leur orbite; tempes déprimées; joues creuses; bouche béante; dents sèches; traits affaissés; face sillonnée par des rides qui semblent être le caractère d'une douleur concentrée. Respiration courte; voix basse; haleine infecte. Région épigastrique peu sensible; parois abdominales ballonnées, rénittentes, douloureuses; peau humide, gluante, presque froide; pouls petit, régulier, peu fréquent.

La malade n'accuse point de douleur particulière; elle se plaint seulement de coliques et de vomissemens qui l'affaiblissent de plus en plus.

Elle ignorait avoir une hernie. Ses parens déclarent que depuis cinq jours elle vomit, et que des matières analogues à des excrémens délayés, et ayant une odeur d'hydrogène sulfuré, sont rendues fréquemment par la bouche depuis 48 heures.

Après cet examen général, M. Amussat procède à l'exploration du siége du mal, et il trouve : qu'une tumeur longue de deux pouces environ, de forme ovalaire, du volume d'un petit œuf de poule, existe au pli de l'aîne gauche et au devant de l'arcade crurale qu'elle déborde un peu en haut et de droite à gauche, de manière à représenter la forme d'un T avec la portion d'intestin qui sert de pédicule à cette tumeur.

Jugeant dans sa conviction cette hernie susceptible de réduction, et nonobstant l'opinion émise sur l'urgence de l'opération, M. Amussat procéda au taxis de la manière suivante, en présence de MM. Amussat père, Garnot, Dieffenbach, Thompson, Rufz et Philipps.

La malade étant placée un peu obliquement sur le pied de son lit, après avoir fait fléchir sur le bassin la cuisse du côté malade; l'opérateur, qui a probablement eu soin de rogner ses ongles, embrasse doucement avec la pulpe des doigts de chaque main la base de la tumeur, il la presse mollement et circulairement comme s'il voulait l'arrondir et diminuer le diamètre de sa base. Il change ses doigts de place autour du cercle tracé par le développement herniaire, et applique de temps à autre légèrement la face palmaire du pouce sur la partie la plus élevée de la tumeur, comme pour la refouler. Peu à peu augmentant de force et de pression, M. Amussat tend à former autour des parties qui font hernie une sorte d'infundibulum à l'aide de ses doigts, dont la pulpe circonscrivant la base de la tumeur, compose le sommet, tandis que le reste de la hernie représente la base.

Imprimant avec ses doigts ainsi disposés des mouvemens continuels de rotation à la tumeur, il cherche sans cesse à déplacer les parties herniées; à leur faire changer de contact, et à les vider, par ce moyen, des matières ou de l'air que ces parties pourraient contenir. Ces mouvemens non interrompus, et cette force graduée de pression étant très-fatiguant à la longue, M. Amussat se fait seconder par un aide qui, embrassant à son tour de ses mains, en dehors, les mains de l'opérateur, et les plaçant dans les mêmes dispositions, supplée, par l'activité des mouvemens circulaires qu'il lui imprime, à l'état à peu près passif des doigts du chirurgien qui, pendant ce temps reprend de nouvelles forces, et bientôt recommence lui-même ses mouvemens avec une nouvelle persévérance.

A mesure que la tumeur a diminué de volume, nous avons remarqué que M. Amussat, rapprochant ses doigts pour la circonscrire plus étroitement autour de l'anneau, fait appliquer de temps en temps le pouce d'un aide sur le sommet de la tumeur pressée à sa base, en augmentant graduellement la force de cette pression, afin de refouler dans l'abdomen les parties épiploïques, ou le sac herniaire lui-même qui, en dernier lieu, lui offrent plus de difficultés que la rentrée de toutes les parties d'intestin qui l'ont précédé, ce qui arrive toujours habituellement. Nous devons même ajouter que ces dernières parties molles, non résistantes, nous semblent employer pour leur réduction, alors même que la tumeur paraît presqu'entièrement fondue, un temps égal à celui qu'on a mis à en faire disparaître les quatre cinquièmes.

Après plus d'une heure de tentatives et de mouvemens méthodiquement combinés, trois des médecins présens s'apercevant que la moitié environ de la hernie avait seulement cédé à la constance du chirurgien, et, n'ayant pas sans doute confiance au succès du taxis, se séparèrent des assistans et sortirent en déclarant qu'ils ne croyaient plus la réduction possible, et que, dans une circonstance semblable, ils n'hésiteraient pas à opérer.... Nous devons déclarer à notre tour, que, parvenu à ce terme de la manœuvre, M. Amussat qui avait commencé son taxis avec son assurance accoutumée, n'ayant alors personne qui partageait sa confiance et sa conviction, et entendant dire autour de lui que ce qui restait de la tumeur étant probablement dû à des parties épiploïques adhérentes au sac herniaire, on pourrait laisser la hernie dans cet état et appliquer un bandage, eut un moment d'hésitation occasioné par la faiblesse de la malade qui affirmait que, depuis six mois qu'elle portait cette hernie, la tumeur avait été constamment dans l'état où on l'avait d'abord trouvée.

Réfléchissant en même temps, que depuis cinq ou six heures il n'y avait plus de vomissemens, mais quelques hoquets de temps à autre : on devait peut-être craindre la gangrène.... Sa position nous sembla embarrassante.

Bientôt cependant se rappelant ses nombreux succès antérieurs, il reprit courage et recommença son taxis après avoir placé la malade dans une position plus convenable à son opération. Il dressa, sur le pied du lit, à l'aide d'oreillers et de couvertures pliées, un plan incliné formant un angle de 45° environ. Il plaça le siége de la malade sur la partie la plus élevée de ce plan dont la tête occupait la partie la plus déclive. Les deux jambes furent confiées à des aides qui tinrent les cuisses un peu fléchies sur le bassin, et celui-ci plus élevé du côté gauche que du côté droit.

Après soixante-dix minutes d'efforts nouveaux, soutenus et persévérans de la part de la malade et de l'opérateur, la hernie s'est enfin entièrement effacée sous ses doigts. Bientôt après, la possibilité de sentir l'orifice de l'anneau crural avec l'extrémité du petit doigt,

donna à tous les assistans la preuve irrécusable que l'opération avait complétement réussi. Un lavement émollient fut immédiatement administré, et après en avoir rendu une partie épaissie par des matières délayées, la malade replacée dans son lit, et ayant une physionomie *toute nouvelle*, répondit avec l'accent de la satisfaction la plus vive à cette question : Comment vous trouvez-vous ? Je suis guérie !!

On appliqua peu après dix sangsues sur les parties froissées. Un large cataplasme de farine de riz ; des boissons adoucissantes ; des demi-lavemens émolliens furent prescrits, et la malade fut laissée dans cet état.

Dans la journée, il y eut une évacuation de matières qu'on a comparées à de la purée épaisse, et que les parens ont dit être analogues à celles que la malade avait rendues la veille par la bouche.

Le lendemain 15 septembre, il y a eu encore des envies de vomir et quelques coliques. Le pouls est demeuré fréquent ; la peau chaude, le ventre sensible. Deux demi-lavemens administrés n'ont pas été entièrement évacués.

Le 16, nuit assez bonne ; sommeil réparateur ; ventre moins tendu, moins sensible ; borborygmes. Pas de déjections. Le pouls est toujours fréquent ; cependant la malade déclare se trouver bien mieux.

Le 17, plusieurs selles liquides sont venues soulager la malade, et ont opéré une détente salutaire.

Le 18, le dévoiement continue ; cependant il n'y a plus de fièvre. La malade se trouve bien mieux. L'appétit est revenu du 19 septembre au 8 octobre ; la diarrhée n'a pas cessé. Les forces n'en sont point altérées : il semble que ce dévoiement soit un bénéfice de nature ; car, à dater de cette époque, la femme Villeaus a repris son appétit, ses travaux, ses habitudes, et elle n'a pas ressenti la moindre conséquence fâcheuse de la réduction de sa hernie.

Cette observation nous a semblé démontrer d'une manière précise que, dans le cas où il n'y a d'autre obstacle à la réduction d'une hernie, que l'étranglement pur et simple de l'anneau, et qu'il n'y a pas de signe positif de gangrène de l'intestin, on peut toujours tenter le taxis et le continuer avec persévérance, et sans désemparer, jusqu'à la disparition complète de la tumeur.

Nous pensons en même temps que dans cette observation, les suites de l'opération de la hernie eussent présenté des chances bien autrement formidables pour la femme Villeaus, que le taxis qu'elle a supporté ; et la statistique des hôpitaux de Paris nous permet de soutenir cette proposition, que les succès déjà nombreux de M. Amussat confirment chaque jour davantage. Ces succès encourageront surtout les praticiens à persévérer dans les essais qu'ils feront de ce procédé de taxis lorsqu'ils l'auront jugé applicable, et leurs efforts devront se soutenir courageusement quand ils apprendront que déjà, sur plus de trente cas de hernie étranglée, M. Amussat n'a encore rencontré qu'un seul cas irréductible, et dont il n'a pu triompher parce que l'étranglement se trouvait au-dessus de l'anneau. (*V.* pour les observations diverses, la *Gazette des Hôpitaux ;* l'ouvrage du docteur Petit (de l'île de Ré), sur les leçons de M. Amussat, p. 209 ; le Journal des Connaissances médico-pratiques et la thèse du docteur Choisy.)

Broiement d'une pierre murale de 18 *lignes de diamètre, pratiquée* par M. Amussat, *sur un vieillard de* 81 *ans, et dans les circonstances les plus défavorables.* (Observation recueillie par M. Delcroix.)

M. le comte d'A..., âgé de quatre-vingt-un ans, demeurant rue du Puits, n° 8, remarquable par sa maigreur et sa décrépitude, éprouva, à l'âge de soixante ans, quelques douleurs à l'extrémité de la verge, et un peu de difficulté à rendre ses urines, dont le jet s'interrompait quelquefois brusquement. On parlait alors beaucoup de la pierre ; il se crut atteint de cette maladie ; mais ses douleurs ayant bientôt cessé, il n'y songea plus.

Dix-huit ans plus tard, il ressentit encore les mêmes douleurs ; mais cette fois elles étaient plus vives et presque incessantes. L'excrétion de l'urine était douloureuse, et l'envie d'uriner revenait au moins toutes les heures.

Cet état durait depuis six mois, quand, sans cause connue, sans médication aucune, les accidens disparurent, et le malade se crut guéri. Il ne lui restait en effet de son mal qu'un peu de fréquence dans les urines.

La santé de M. le comte se soutint assez bien encore pendant les deux années qui suivirent ; mais au mois de juillet 1833, il remarqua dans ses urines une matière blanchâtre, épaisse et gluante, qui tenait au fond du vase ; et huit jours après on trouva, un matin, le vase rempli de sang presque pur.

M. le comte n'avait rien remarqué pendant la nuit, si ce n'est qu'il urinait plus abondamment que de coutume. Des sangsues appliquées au périnée eurent le double avantage d'arrêter l'hémorrhagie et de faire disparaître le catarrhe presque en totalité.

Le soulagement avait été notable ; il fut court. Peu après le catarrhe reprit son intensité première, et les douleurs, faibles d'abord, redevinrent si vives, qu'elles mettaient quelquefois le malade dans l'impossibilité de garder ses urines. Le bi-carbonate de soude et les eaux de Pougues, administrés successivement, ne firent qu'aggraver le mal.

Fatigué d'un état aussi fâcheux, M. le comte se décida à se faire sonder pour savoir si on ne trouverait point dans sa vessie la cause de toutes ses souffrances.

Le cathétérisme, pratiqué par un habile praticien, appelé à cet effet, lui fit reconnaître la présence d'une pierre dans cet organe. Il la trouva si dure et si volumineuse, qu'il dit que ce serait folie de songer à la lithotripsie, et il proposa de suite la taille. Le malade avait consenti à se soumettre à cette opération ; on avait déjà tout disposé pour la faire, lorsque la veille du jour convenu, M. Guersent, appelé en consultation, engagea les parens à attendre, et à prendre l'avis des

personnes qui s'occupaient spécialement du broiement de la pierre. Ce conseil fut goûté, et dans les premiers jours de février 1834, on fit appeler M. Amussat. Il fut d'accord avec son habile confrère sur le volume et la dureté de la pierre; mais, contrairement à lui, malgré le grand âge du malade, malgré l'existence d'un catarrhe sanguinolent très-abondant, il pensa que la lithotripsie était applicable, et qu'elle triompherait de toutes les difficultés.

Le 20 février, on pratiqua la première opération. La pierre, malgré sa dureté extrême, est brisée trois fois; deux fois elle marque dix-huit lignes, et la troisième fois onze lignes seulement. Les manœuvres qu'on fait pour charger la pierre sont peu douloureuses, et l'action du marteau est tellement amortie par l'étau dont se sert M. Amussat, que le malade, loin de s'en plaindre, assure que le moment de son action est pour lui un temps de repos, et que tous ces coups, répétés en cadence, résonnent agréablement à son oreille.

Cette opération n'entraîne aucune espèce d'accidens. Quelques fragmens noirs, recouverts à leur surface d'une couche blanchâtre, sont expulsés de la vessie. Le catarrhe et les douleurs paraissent avoir un peu diminué. Cependant, le malade se plaint que ses urines ressemblent à de l'eau bouillante qui traverserait son canal.

24 février, deuxième opération. En douze minutes, on brise neuf fragmens, dont la plupart avaient quinze, seize et dix-huit lignes. Leur dureté est si considérable, que M. Amussat, quoique bien convaincu de la solidité de son instrument, éprouva plusieurs fois la crainte de le voir faiblir. L'opération, heureusement terminée, a pour résultat l'expulsion de nombreux fragmens. Quelques-uns, plus volumineux, s'étant arrêtés au milieu du canal, sont facilement extraits par M. Delcroix. Le passage des urines détermine toujours une cuisson très-douloureuse.

4 mars, troisième opération. En un quart-d'heure, on détruit quatorze fragmens, dont les plus gros n'avaient que douze, dix et huit lignes. Le malade redoute si peu l'opération, et elle est en effet si peu douloureuse, qu'aussitôt l'instrument retiré de sa vessie, il se remet à causer aussi gaîment qu'il l'avait fait avant son introduction. Il rend beaucoup de morceaux de toutes dimensions, le catarrhe diminue, l'appétit augmente, il n'y a pas de fièvre, les nuits sont assez bonnes et les urines limpides, mais toujours brûlantes.

8 mars, quatrième opération. On débarrasse le canal de quelques fragmens qui s'y étaient arrêtés; puis en dix minutes on écrase douze fragmens, dont trois de six lignes, et les autres de quatre, trois et deux lignes seulement. Cette opération a des suites aussi heureuses que les précédentes.

13 mars, cinquième opération. En vingt minutes on brise trente-deux fragmens, dont quelques-uns de neuf lignes, et les autres de sept à deux lignes. Beaucoup plus longue que les autres, cette opération n'a pourtant pas fait souffrir davantage. Beaucoup de morceaux sont expulsés; les urines demeurent limpides et brûlantes. Le catarrhe disparaît tout-à-fait.

20, sixième opération. En douze minutes on détruit dix-huit morceaux, dont les plus volumineux n'avaient que dix-huit lignes. Le malade, après avoir rendu beaucoup de détritus, se trouve dans le même état qu'après les opérations précédentes.

Le 27 mars on ne trouve plus rien dans la vessie, ni avec la sonde, ni avec l'instrument.

Le 7 avril, on pratique de nouveau le cathétérisme sans rien découvrir. A quelques temps de là, deux vésicatoires ammoniacaux sont appliqués sur l'hypogastre, et recouverts d'hydrochlorate de morphine; ils diminuent les douleurs causées par le passage des urines pendant deux ou trois jours seulement.

Depuis un mois environ, il n'était survenu aucun changement dans la position de M. le comte, lorsque le 20 avril, après avoir éprouvé des douleurs beaucoup plus vives que de coutume, il rendit encore un fragment volumineux. On espérait que cet événement serait le signal d'une amélioration considérable dans sa santé, ce fut le contraire; il y eut pendant un mois un peu de fièvre, du vague dans les idées, une inappétence complète, de l'abattement, beaucoup de somnolence et une constipation opiniâtre. M. Récamier, appelé en consultation, conseilla avec MM. Cazenave et Amussat, l'usage du lait d'anesse.

Au bout de quinze jours, tous les accidens avaient disparu : les idées avaient repris leur netteté, l'appétit s'était réveillé, les selles étaient devenues régulières, mais le passage des urines continuait à être douloureux. Il n'y eut aucun changement notable pendant les deux mois qui suivirent.

Vers la fin de juin, MM. Amussat et Récamier voulurent savoir si la sonde ne leur ferait point découvrir la cause des douleurs qui continuaient à se faire sentir. A cet effet ils pratiquèrent le cathétérisme à deux reprises différentes, et malgré les recherches les plus minutieuses, ils ne purent découvrir dans la vessie aucune trace de calcul.

Le 14 août 1834, MM. Amussat, Récamier et Cazenave se réunirent une dernière fois pour conférer sur la situation de M. le comte. Ils trouvèrent sa santé dans les conditions les plus favorables, et, comme il y avait toujours un peu de souffrances lors de l'émission des urines, ils pensèrent qu'il fallait les attribuer soit au long séjour de la pierre dans la vessie, soit à une affection rhumatismale ancienne, ou bien peut-être à ces deux causes réunies. Quoi qu'il en soit, cette observation n'en est pas moins fort remarquable, et le succès obtenu au milieu de circonstances aussi fâcheuses, nous paraît un des argumens les plus victorieux en faveur de la lithotripsie.

—

N° DU 25.

HOPITAL DES ENFANS MALADES.

Service de M. Guersent.

Péricardite aiguë entée sur une péricardite chronique; de suite rhumatisme articulaire; exsudation pseudo membraneuse ancienne et récente, sur toute la surface du péricarde; hypertrophie du cœur.

Virginie Gobelin, âgée de douze ans, d'une assez forte constitution, née d'une mère rhumatisante, éprouva à l'âge de onze ans une première atteinte de rhumatisme articulaire qui la retint au lit pendant six semaines, et pendant le cours de laquelle elle éprouva de vives douleurs à la région précordiale. Depuis cette époque, gêne habituelle de la respiration, accès de dyspnée par intervalles, palpitations intenses après le plus léger exercice.

Le 17 septembre 1834, sans cause connue, douleur de l'articulation tibio-tarsienne droite, qui, pendant la nuit, devient rouge et tuméfiée.

Le lendemain la douleur se porte sur le pied gauche, et puis sur l'épaule du même côté.

Le 20, une douleur vive se manifeste à la région précordiale, accompagnée d'une grande gêne de la respiration; la fièvre devient plus intense.

Le 22 la malade est transportée à l'hôpital. Aucune médication active n'a été mise en usage; on s'est borné à l'emplois de cataplasmes et des pédiluves émolliens.

Le 23, à la visite du matin, la malade nous offre l'état suivant : Décubitus élevé, vive anxiété, face pâle, offrant une légère teinte violacée; douleur vive de la partie antérieure du thorax, sans saillie manifeste de cette région; battemens du cœur tumultueux, sans bruit de soufflet; 140 pulsations précipitées et assez développées, 52 inspirations assez profondes; absence complète de toux; son clair en arrière, à droite et à gauche; bruit respiratoire net et fort dans toute l'étendue de la poitrine; en avant, le son est un peu moins clair à gauche qu'à droite; la langue est couverte d'un léger enduit blanchâtre, la soif peu vive, l'anorexie complète; le ventre est souple et indolent; constipation depuis quatre jours. Gonflement sans rougeur des deux articulations tibio-tarsiennes; douleur se faisant seulement ressentir lorsqu'on imprime quelque mouvement à ces articulations. Saignée de douze onces; aspect couenneux du sang; cataplasmes sinapisés sur les articulations des membres inférieurs; cataplasme émollient sur la région précordiale.

Dans l'après-midi, la douleur de la partie antérieure gauche du thorax conservant toute son intensité, on applique sur cette région 15 sangsues qui fournissent une assez grande quantité de sang.

Le 24, l'anxiété est moins vive; la douleur de la région précordiale est notablement diminuée. On peut pratiquer, sans la réveiller, la percussion de la partie antérieure gauche du thorax, qui rend un son manifestement moins clair qu'à droite. Cette matité est très circonscrite, et ne s'étend pas jusqu'au sternum; battemens du cœur toujours tumultueux; impulsion notable à la région précordiale. Le pouls est descendu à 120; il n'offre pas d'irrégularité; 40 inspirations; persistance de la constipation; la tuméfaction du pied droit a disparu; l'articulation tibio-tarsienne gauche conserve un léger empâtement; douleur de l'articulation scapulo-humérale du même côté. 12 nouvelles sangsues à la région précordiale; lavement laxatif.

Le 25, exaspération des symptômes; face grippée, décubitus assis, parole entrecoupée, retour de la douleur précordiale; respiration anxieuse; absence complète de douleur dans les articulations; trois évacuations liquides à la suite du lavement. 12 sangsues *loco dolenti;* sinapismes sur les articulations primitivement affectées; julep gommeux avec oxyde blanc d'antimoine, 1 scrupule.

Le 26, douleur, gonflement et rougeur au niveau des articulations des phalanges et des os du métacarpe de la main droite. Rougeur et tuméfaction du poignet gauche; pas de douleur à la région précordiale; pouls à 96, 32 inspirations; mêmes signes stétoscopiques que les jours précédens. Six évacuations liquides en vingt-quatre heures; pas de frisson ni de sueur; peau de chaleur peu élevée. Même prescription, sauf les sangsues.

Le 27, le décubitus a lieu à droite, il est impossible sur le côté gauche; la face, les lèvres et la langue ont une teinte violacée; retour de la douleur précordiale; diminution de la douleur et du gonflement des articulations affectées la veille. Battemens du cœur toujours tumultueux, sans aucun bruit anormal; pas de saillie notable de la partie inférieure gauche du thorax; matité toujours très-circonscrite, nulle vers la partie inférieure du sternum; 116 pulsations précipitées, mais non irrégulières; 48 inspirations; 6 évacuations liquides précédées de coliques. On suspend l'oxyde blanc d'antimoine. On se contente de promener des cataplasmes chauds sur les articulations.

Dans la soirée, accès violent de dyspnée; asphyxie imminente; sinapismes sur les membres inférieurs.

Le 28, nouvel accès de dyspnée moins violent que celui de la veille, 15 nouvelles sangsues à la région précordiale.

Le 30, le décubitus horizontal est impossible; la malade se tient presque constamment sur son séant. Quelques vomituritions ont lieu; la langue est pâle, ainsi que toute l'habitude extérieure; les douleurs articulaires ont complètement disparu, même orthopnée que les jours précédens, 48 inspirations, 128 pulsations petites et irrégulières. On applique un vésicatoire sur l'articulation du coude, dans le but de fixer l'affection rhumatismale.

Nouvel accès dans la soirée. Potion éthérée.

Le 1er octobre, peu de changement notable.

Le 2, syncope dans l'après-midi. Deux vésicatoires aux cuisses.

Le 3, face violacée; parole entrecoupée, voix presque éteinte; infiltration des malléoles; douleur peu vive

de la région du cœur. 140 pulsations petites, irrégulières; 60 inspirations. Pas de bruit de soufflet, ni de bruit de frottement; pas de sommeil pendant la nuit. Un vésicatoire de cinq pouces de diamètre sur la région précordiale, remplacer les deux vésicatoires des cuisses qui n'ont produit aucun effet. Douze grains de calomel en six paquets. Les premières prises de calomel sont rejetées par le vomissement. Les vésicatoires ne produisent qu'une légère rubéfaction de la peau.

Les jours suivans plusieurs syncopes ont lieu.

Le 5, pâleur cadavéreuse de la face, refroidissement des extrémités qui offrent une teinte violacée; infiltration des mains et des malléoles. Pouls filiforme; orthopnée, aphonie. Cet état persiste jusqu'au 7 octobre, jour de la mort.

Pendant tout le cours de la maladie nous n'avons observé aucun trouble des fonctions intellectuelles et sensoriales. La malade a répondu à toutes nos questions au commencement de la visite, et avant la fin elle avait cessé de vivre.

Ouverture du cadavre, 24 heures après la mort.

Habitude extérieure. Embonpoint modéré; résolution des membres; thorax bien conformé; pas de saillie de la région précordiale; pas de matité notable dans cette région. L'épiderme n'est pas détruit dans le point où le vésicatoire a été appliqué. Les deux articulations radio-carpiennes contiennent des flocons albumineux sans aucune trace de liquide; la synoviale est sèche et ne présente aucune espèce de rougeur. Les articulations tibio-tarsiennes et cubito-humérales sont à l'état sain.

Tête. Le cerveau et les enveloppes ne présentent rien de remarquable. Deux cuillerées de sérosité limpide dans les fosses occipitales.

Poitrine. Le cœur et son enveloppe se présentent sous la forme d'une masse ayant le volume des deux poings d'un adulte. Des fausses membranes de récente formation unissent la face externe du péricarde au médiastin; l'enveloppe du cœur incisée laisse écouler une once environ de sérosité trouble, et laisse voir la partie antérieure du cœur tapissé par des fausses membranes molles d'un blanc légèrement jaunâtre. La face interne du péricarde présente la même exsudation pseudo-membraneuse, molle, facile à enlever avec le dos du scalpel. Dans quelques points ces fausses membranes sont hérissées d'aspérités nombreuses qui offrent un aspect assez analogue à l'intérieur du second estomac des ruminans. Toute la partie postérieure du cœur adhère intimement au péricarde à l'aide de fausses membranes anciennes, qui nécessitent d'assez fortes tractions pour qu'on puisse les rompre.

Le cœur a deux fois le volume du poing du sujet. Toutes ses cavités sont dilatées et remplies de sang coagulé. Son tissu a la chaleur et la consistance de l'état normal. La surface interne de cet organe et des gros vaisseaux qui en partent et qui s'y rendent, n'offre aucune altération.

Les deux poumons présentent un engouement séro-sanguinolent. Du reste, pas d'hépatisation, pas de tubercules; il n'existe ni épanchement dans la cavité des plèvres, ni exsudation pseudo-membraneuse à leur surface.

Abdomen. Rougeur violacée de la muqueuse de l'estomac et de la moitié supérieure de l'intestin grêle, sans aucune diminution de consistance. Vers la fin de l'intestin grêle et dans le gros intestin, on remarque çà et là quelques arborisations. Deux ascarides lombricoïdes sont contenus dans le cœcum. Matières fécales en bouillie dans le gros intestin. Pas d'altération des follicules.

Le foie, la rate et les reins sont gorgés de sang, et ne présentent d'ailleurs aucune altération. Les ganglions mésentériques sont à l'état sain.

N° DU 28.

Taille sus-pubienne chez un homme âgé de 72 ans; extraction de 70 calculs; guérison.

Par M. SOUBERBIELLE.

M. Mallebay, natif de Lyon, âgé de soixante-douze ans, d'un tempérament bilieux-sanguin, d'une constitution robuste, ayant parcouru la majeure partie des états de l'Europe, les Etats-Unis d'Amérique, etc., vint s'établir il y a dix-huit ans à Roscoff, près Morlaix.

Sa santé avait toujours été bonne, lorsqu'il y a environ douze ans ses urines commencèrent à déposer un sable fin d'abord, mais qui augmenta ensuite en volume et en quantité pendant sept à huit ans.

Vers 1830, ces graviers avaient acquis le volume de grains de chenevis. Le malade en rendait jusqu'à trente et quarante à la fois, et souffrait en urinant, parfois les urines étaient sanguinolentes. La marche et l'exercice en voiture étaient pénibles.

Il y a à peu près deux ans que le malade cessa complètement de rendre des graviers; alors les douleurs et la difficulté d'uriner augmentèrent; il fut sondé, et on lui assura qu'il n'avait pas de calculs dans la vessie. Le cathétérisme avait occasioné un peu d'écoulement de sang. Le malade fut soulagé après cette exploration.

Deux ans se passèrent dans cet état; il se décida alors à venir à Paris. Le commencement du voyage fut pénible. Les urines étaient rendues fréquemment en petite quantité et avec douleur, et le malade fut obligé de s'arrêter à Rennes.

Un médecin voulut le sonder, mais il trouva le canal si irrité, qu'il y renonça. M. Mallebay continua alors sa route, et son état s'améliora un peu, quoique les urines continssent toujours du sang.

Le malade se rendit à la Maison royale de santé, où il fut sondé par l'interne, qui lui dit qu'il n'avait pas la pierre, et fut ensuite sondé par M. J. Cloquet, qui lui donna la même assurance.

Pourtant, comme malgré les boissons adoucissantes, les bains sulfureux, les lavemens, les frictions sur la

région des reins, les accidens persistaient, ce chirurgien le sonda de nouveau, et ne rencontra pas encore de calculs. Chaque fois le cathétérisme avait déterminé de la douleur.

Le malade sortit de la maison de santé et se confia aux soins de M. le docteur Guillon, qui explora l'urètre, reconnut un rétrécissement à la profondeur de cinq pouces et demi, dans une longueur d'un pouce, on fit usage de bougies; enfin M. Guillon eut recours à l'urétrotome à quatre lames, qu'il appliqua une seule fois. Il s'écoula du sang par l'urètre, et dans les vingt-quatre heures qui suivirent, le malade éprouva trois crises à mouvemens spasmodiques.

Le résultat de ce traitement fut de dilater l'urètre, et de permettre l'introduction de bougies volumineuses; mais les accidens décrits antérieurement persistant avec la même intensité, M. Guillon pensa qu'il pouvait exister un calcul vésical, et conseilla au malade de me voir.

D'après l'exposé qui précède, je ne doutai pas qu'il n'existât des calculs urinaires, je sondai ce malade, et je reconnus une quantité considérable de corps étrangers; je vérifiai en même temps que la vessie ne s'évacuait pas complètement.

Cette dernière circonstance et la multiplicité des calculs contre-indiquaient la lithotritie; je conseillai d'avoir recours à la taille hypogastrique, et je pratiquai cette opération le 30 août 1834, en présence de MM. Dieffenbach, Martinengo, Belmas, Guillon, Payen, Montmahon, Haracque, Dumas, Baseilhac, etc.

Je fis l'extraction de soixante-dix calculs blanchâtres, lisses, cuboïdes, à bords et à angles arrondis, offrant pour le plus grand nombre les dimensions de petites noisettes, dont le plus gros présentait le volume d'un œuf de pigeon, et le plus petit celui d'un grain de plomb.

L'extraction fut faite à l'aide de la tenette et de la curette, qui durent être reportées un grand nombre de fois dans la vessie. Plusieurs injections furent pratiquées, la sonde flexible fut introduite dans l'urètre; le malade fut replacé dans son lit, et le siphon fut établi.

Peu de temps après l'opération, il se manifesta de ces mouvemens spasmodiques qui s'étaient présentés antérieurement; ils durèrent environ dix minutes, et cédèrent à deux cuillerées de julep calmant. Le pouls se développa, et le malade s'endormit tranquillement. La somnolence continua presque sans interruption jusqu'au cinquième jour. Du reste, le malade n'éprouvait aucune douleur, et il sortit de cet état d'affaissement pour prendre ses boissons et recevoir les soins qui lui étaient nécessaires.

Le deuxième jour, il se manifesta quelques borborygmes, et le malade rendit deux selles liquides de matières bilieuses, abondantes, très-fétides. Ces évacuations continuèrent jusqu'au huitième jour plusieurs fois par jour, et jusqu'à six fois dans les vingt-quatre heures. Eau de riz vineuse; pas de douleur de tension abdominale. La langue est jaunâtre et sèche; mais cette dernière circonstance tenait à ce que le malade dormait la bouche ouverte.

A dater de l'établissement du siphon, l'urine s'écoula par son canal, et elle continua ainsi jusqu'à la guérison, sans qu'il en passât aucunement par la plaie, et même le huitième jour, à la suite de quelques mouvemens, la sonde s'échappa de l'urètre. Le malade resta ainsi sans sonde pendant quatre heures, et il ne s'écoula pas d'urine par la plaie, quoique le malade sentît le besoin de l'évacuer.

Le travail de la plaie fut simple; il ne se manifesta aucune tuméfaction.

Le huitième jour, lorsque les évacuations se modérèrent, on donna quelques légers potages; la quantité et la nature des alimens furent graduellement augmentées, les gardes-robes se lièrent, les forces revinrent, on put lever le malade.

Vers le quinzième jour, on retira la sonde; mais comme la vessie ne s'évacuait pas complètement, on la replaça pour quelques jours.

Enfin, le trentième jour, M. Mallebay était parfaitement guéri, et je le présentai à l'académie de médecine dans la séance du 30 septembre dernier.

Ce malade est le dix-septième opéré consécutivement, dont quatorze par le haut appareil, âgés de cinquante-quatre à quatre-vingts ans, et trois enfans de l'âge de quatre à sept ans, par l'appareil latéral.

Un seul âgé de soixante-quatorze ans, a succombé le douzième jour à une cause étrangère à l'opération, comme l'autopsie l'a démontré. Sur ce nombre deux avaient été soumis infructueusement à la lithotritie: Ce sont MM. les lieutenans-généraux comtes Heudelet et Roguet, pairs de France; et le rétablissement de leur santé est tel, que le premier commande une division militaire à Périgueux, et le deuxième vient de commander en chef les belles manœuvres du camp de Saint-Omer.

N° DU 30.

Choléra-Morbus de Bilbao (Espagne.)

L'Espagne, quoique peut-être le dernier ou un des derniers pays qui ont été affligés par la présence du choléra asiatique, n'a pas échappé à ce fléau presque général. Nous avons déjà signalé son irruption et ses progrès dans la péninsule et particulièrement à Madrid; sa marche en d'autres points de ce royaume a été accompagnée des mêmes ravages.

La description suivante de cette maladie formidable, dans la ville de Bilbao, nous a été communiquée par un médecin qui a été témoin de ce triste événement, et qui en a fait le sujet d'une étude particulière.

« Ce n'est que vers la fin d'août dernier que les habitans de Bilbao commencèrent à avoir des inquiétudes sur les approches du choléra qui se dirigeait vers cette ville.

Le 25 du même mois, on parlait de quelques cas suspects parmi les habitans; cependant rien de certain n'étant encore connu, et les médecins n'ayant fait au-

cune déclaration sur des cas isolés dans des points éloignés de la ville, ce bruit causa peu d'alarme, et les habitans se flattaient que ces cas n'étaient pas de véritables attaques du choléra malin ou asiatique. Mais peu de jours suffirent malheureusement pour les tirer de cette erreur, et mettre hors de doute les ravages de l'épidémie.

Il serait difficile de donner une idée de la consternation et de la terreur panique des habitans, en apprenant toute la vérité sur l'existence de cette cruelle maladie; le rapport des médecins, les précautions hygiéniques semblables à celles prises en d'autres endroits, la vue des dernières dépouilles de leurs amis enterrés à la hâte, semblaient nous dévouer à la mort.

Le vendredi 12 septembre, cinq nouveaux cas mortels de choléra furent rapportés.

Le lendemain, le thermomètre montait rapidement d'une manière incroyable, et la température s'élevait à un point extraordinaire: on avait peine à respirer, tout effort de respiration produisait de l'étouffement. On eut dit l'air échauffé d'une fournaise, produisant un resserrement dans la poitrine et un malaise général difficile à décrire, accompagné d'un abattement et d'une tristesse extrêmes.

Ce jour-là à cinq heures du soir, le thermomètre marquait 124 degrés de Fahrenheit (51 centigrades). On ne voyait pas le soleil, ses rayons étaient complètement obscurcis par des masses énormes de nuages épais, et le vent, qui soufflait du sud-ouest, était tellement chaud, qu'en tournant au coin d'une rue et en rencontrant un courant d'air, il semblait qu'une quantité d'eau grasse et chaude tombait sur le visage; cette sensation était suivie presque instantanément d'une envie de vomir et d'une lassitude extrême.

Une circonstance assez remarquable fut observée ce jour-là et pendant toute l'intensité de l'épidémie.

C'est la disparition subite et presque complète de tous les moineaux sans en excepter un seul; on n'en aperçut de nouveau que lorsque la maladie eut presque entièrement cessé dans la ville de Bilbao, *célèbre* pour le grand nombre de ces oiseaux bruyans.

La même circonstance fut remarquée à Grénade, qui de toutes les villes d'Espagne est la plus fréquentée par des oiseaux de toute espèce.

A cette occasion, les mouches qui, avant l'arrivée du choléra à Bilbao, avaient été en grand nombre, disparurent aussi presque entièrement, et le peu qu'il en restait semblaient frappées de torpeur et se collaient aux vitres, sur lesquelles on remarquait (aussitôt que ces insectes tombaient) une matière visqueuse blanchâtre.

Les jours dans lesquels le choléra a fait le plus de victimes ont été le samedi, le dimanche et le lundi, savoir les 13, 14 et 15 septembre. Pendant ces trois jours la maladie sévit avec la plus grande fureur, résistant à toutes sortes de traitemens; des malheureux atteints pendant ces jours, à peine dix malades échappèrent à la mort.

Les décès du samedi au dimanche montèrent à 116; du dimanche au lundi, à 94, et du lundi au mardi, à 73.

La maladie commença alors à perdre de son intensité, à l'exception de deux jours, le samedi 20 septembre et le 21, dans lesquels le nombre des morts augmentait au lieu de diminuer.

Jusqu'au samedi 27 septembre, le nombre de décès pendant les vingt-quatre heures ne fut que de 3, et le lendemain on ne comptait point de morts.

Pour ce qui concerne le traitement, on a tout essayé sans exclusion et sans préjugés, les remèdes qu'on avait trouvés les plus efficaces à Londres, à Paris et ailleurs, ont été prodigués inutilement. Ni la méthode phlogistique de Londres, c'est-à-dire le punch à l'eau-de-vie, le calomel, l'opium et les stimulans de différentes espèces, ni la méthode antiphlogistique de M. Broussais, saignées, sangsues, glaces et réfrigérens, n'eurent le moindre effet salutaire; la plupart des malades périssaient également.

Le remède qui a paru le plus efficace a été l'huile d'olive verte, c'est-à-dire l'huile d'olive commune et non épurée, telle que les Espagnols l'emploient. Cette huile a été administrée à fortes doses, souvent répétées, jusqu'à ce que le vomissement survint; en même temps on donnait plusieurs lavemens composés d'eau de riz et du laudanum, jusqu'à ce que la diarrhée eût cessé.

On remarquait comme l'avant-coureur certain et invariable de la mort, l'occurrence d'une sueur froide copieuse, qui se répandait sur toute la partie supérieure du thorax, pendant que les extrémités inférieures étaient raides et froides, comme si la mort les eût déjà frappées.

Si, à la suite des crampes qui avaient lieu toujours avant la mort, une transpiration abondante et chaude paraissait sur la partie supérieure du corps, c'était un indice presque certain de guérison rapide.

La proportion, ou plutôt la différence de la mortalité entre les sexes a été extraordinaire; savoir 172 femmes à un homme. Le nombre des morts parmi les enfans n'a pas été très-considérable. Sur 1,000 soldats en garnison dans la ville et les environs de Bilbao, il y avait 300 individus malades ou à l'hôpital au moment que le choléra se déclara. Un très-petit nombre des soldats sains a été atteint, tandis que 150 sur les 300 malades ont été victimes de l'épidémie.

La marche rapide des symptômes et la terminaison prompte et fatale qui caractérisaient plusieurs cas de choléra à Bilbao, avaient quelque chose d'effrayant, et portaient l'effroi dans l'âme des hommes les plus courageux. Un cas entre autres suffira pour montrer avec quelle rapidité l'épidémie livrait quelquefois ses victimes à la mort.

Un jeune négociant, connu de l'auteur de cet article, après avoir déjeûné à midi, dans un état de santé parfaite en apparence, vers une heure se sentit un peu indisposé et se mit au lit. Bientôt tous les symptômes les plus prononcés du choléra se succédèrent d'une telle manière, que nonobstant tous les efforts de l'art, le malade expira à deux heures un quart, et le cadavre commençait à se décomposer si promptement, qu'il fut nécessaire de l'enterrer presque à l'instant. De telle sorte que, dans le court espace de quelques heures, celui qui se trouvait à midi dans un état complet de

santé, à quatre heures était couché dans la tombe.

Il faut observer que les attaques de choléra à Bilbao n'ont pas été limitées à une classe particulière d'individus, comme on l'a remarqué en d'autres endroits; au contraire, il disséminait avec une impartialité scrupuleuse son poison funeste parmi les gens de la classe élevée, parmi les classes aisées et parmi les pauvres.

D'ailleurs, quoique tous les habitans ne furent pas attaqués, cependant personne ne fut exempt de symptômes (soit réels ou l'effet de l'effroi), de colique et d'un certain état de malaise général; une tendance à la diarrhée et aux crampes et d'autres prodrômes de cette maladie.

Plusieurs femmes enceintes ont été atteintes du choléra, même pendant les douleurs de l'accouchement, et ont péri avant sa terminaison ou la naissance de leurs enfans. Chez quelques-unes l'opération césarienne a été pratiquée, mais sans succès.

(*La fin au prochain numéro.*)

TORSION DES ARTÈRES.

On ne saurait trop multiplier les observations et les expériences, quand il s'agit de substituer une méthode nouvelle à une méthode ancienne généralement adoptée, et considérée par les autorités les plus imposantes comme une perfection.

La torsion des artères demande la place de la ligature; elle prétend réunir tous les avantages de cette dernière sans en avoir aucun des inconvéniens.

C'est dans ce but que je m'empresse de traduire l'extrait d'une lettre sur la torsion des artères que M. le docteur G. Pertusio, de Turin, a adressée, en italien, à M. Amussat, et qui a été consignée dans le Répertoire médico-chirurgical de Piémont, fasc. de septembre 1834, n° 165.

M. Pertusio, après quelques considérations générales, rend ainsi compte de ses expériences :

Première expérience.

Le 16 juillet, en passant par Chambéry, j'ai expérimenté sur l'artère carotide gauche d'un gros chien de chasse, en présence des docteurs Bessone, Chevalay, et de quelques élèves. L'artère était de la grosseur de l'artère humérale d'homme; elle battait assez vigoureusement. Après l'avoir isolée et soulevée avec vos pinces à torsion, je la rompis et en tordis de sept à huit fois, selon votre méthode, les deux bouts, et je la remis ensuite dans sa gaîne. Aucune hémorrhagie n'eut lieu.

Deuxième expérience.

Le lendemain, je répétai la même opération sur l'artère crurale droite du même animal près l'arcade crurale. Cette artère était encore assez grosse, et ses pulsations bien fortes. Mais après la torsion des deux bouts de l'artère, nous vîmes encore la plaie remplie de sang artériel, et cela sans jet.

Convaincu que j'étais de l'efficacité de ce moyen hémostatique (car, après tant d'expériences que j'ai faites, c'était la première fois que chose pareille m'arrivait), je craignais de ne pas avoir bien exécuté l'opération. Alors, comme vous le conseillez à vos élèves, quand il faut arrêter une hémorrhagie provenant de la plaie d'une artère, je portai immédiatement l'indicateur de la main gauche au fond de la plaie dans la direction de l'artère de laquelle je soupçonnais que le sang venait, et j'eus de la peine à arrêter cette hémorrhagie. L'animal ne perdit que peu de sang. Je prolongeai ensuite l'angle supérieur de la plaie; je découvris de nouveau la fémorale auprès de l'arcade crurale, la soulevai avec la pince à torsion et l'isolai jusqu'au point où elle était déjà tordue, afin de reconnaître la véritable cause de l'hémorrhagie.

Nous observâmes l'artère pleine de son sang et son extrémité tronquée, encore solidement tordue, et qui ne se distordait pas lors même que nous la tirions à nous avec la pince. Alors nous reconnûmes que le sang ne pouvait venir de là, mais qu'il provenait de quelque ramuscule collatéral qui aurait été incisé pendant l'opération. Ne connaissant pas la véritable origine de cette artériole qui donnait lieu à l'hémorrhagie, et afin d'assurer le succès de mon expérience, j'isolai encore plus haut l'artère jusqu'au-dessus de l'arcade crurale, et la prenant solidement entre le pouce et l'index de la main gauche, je la tordis de sept à huit fois. L'hémorrhagie ne se renouvela plus.

Le même jour je quittai Chambéry, et les collègues qui assistèrent à l'expérience, désirant observer les effets de la torsion sur l'artère, tuèrent quelques jours après le chien, et examinèrent les artères tordues, ce dont je fus informé par le docteur Chevalay, qui m'écrivit ainsi :

« Je vous dirai que la torsion a merveilleusement réussi, et que nous avons trouvé les artères cicatrisées d'une manière aussi solide que possible.. »

Chambéry, 7 août 1834.

Votre confrère CHEVALAY.

Troisième expérience.

Le 8 août courant, à Turin, je fis la torsion de l'artère carotide droite sur un chien de berger d'une stature médiocre. Assistaient à cette expérience les professeurs Crosetti et Allifrandi, les docteurs Bertine, Ferro, Malinverni, Maffoni, De Michelis, De Rolandis, Gherzi et quelques élèves. L'artère avait le diamètre d'une petite humérale. Je fis seulement trois tours et demi à l'orifice iliaque, et six à l'orifice céphalique.

Après environ une demi-minute apparut une hémorrhagie abondante du bout cardiaque. Alors je cherchai à arrêter l'hémorrhagie au moyen de la compression, puis je prolongeai l'angle inférieur de la plaie, et saisis de nouveau l'artère plus bas; ensuite j'excisai la portion de l'artère déjà tordue, et nous trouvâmes que la torsion avait été parfaitement bien exécutée sur elle; je n'avais jamais vu cet accident quand la torsion se fait convenablement.

Je tordis l'artère de nouveau et fit sept tours complets, puis je remis le vaisseau dans sa gaîne, et l'hémorrhagie ne s'est plus renouvelée. Le chien sortit le lendemain et les jours suivans. Il ne perdit plus une goutte de sang.

Remarques.

Cette expérience et la précédente prouvent que la torsion bien faite fournit un moyen plus sûr que la ligature, lorsqu'il faut la pratiquer dans le voisinage de l'origine d'une collatérale, ou même d'un vaisseau principal.

En effet, dans le premier cas, la torsion pratiquée un peu au-delà de l'arcade crurale, devait se trouver immédiatement près l'origine de l'artère hypogastrique et de la circonflexe iliaque.

Dans le second cas, elle se trouvait bien près de la sous-clavière qui vient de la bifurcation de la *brachio-céphalique*, etc., et nous savons combien peu sûre est alors la ligature ; les flots du sang, continuellement renouvelés, empêchent la formation du caillot.

Quatrième expérience.

Le 10 du même mois, je répétai la même expérience sur la carotide droite d'un petit chien de berger trop vif, en présence du docteur Rossi, professeur à Parme, des docteurs Ferro, Fiorito, Frolla, Crispo Manuntas, De Michelis, Trompeo et de quelques élèves.

L'artère pouvait se comparer, pour son diamètre, à une grosse radiale; je tordis le bout cardiaque quelques fois, et cessai aussitôt que je me suis aperçu que l'artère allait se rompre. Le bout céphalique se rompit au cinquième tour. Je remis malgré cela l'artère dans sa gaîne. Quelques instans après le sang commença à s'en écouler; je l'arrêtai avec la compression, puis en prolongeant l'incision vers la tête, je découvris de nouveau l'artère un peu plus haut, et la soulevai avec la pince; j'en excisai la portion qui avait éprouvé la rupture sur les limites de la torsion : c'est ce qui avait occasioné l'hémorrhagie.

Je répétai la torsion comme à l'ordinaire, mais je ne fis que cinq tours ; l'hémorrhagie fut arrêtée pour toujours. Le chien sortit les jours suivans sans qu'il y eût aucun accident.

Cinquième expérience.

Cette expérience est intéressante sous le rapport de l'efficacité de la torsion des artères comme moyen hémostatique, et sous celui de son application sur des artères de grand calibre.

Le 16 du courant, je découvris la carotide droite d'un chien en présence de P. Gallo, de D. Coll. Maliverni, du docteur Porca, de mon père et de quelques élèves ; nous la trouvâmes démesurément grosse, excédant presque de deux tiers le diamètre ordinaire de semblables artères chez des chiens d'une stature égale à celle de notre animal, qui n'était pas trop gros. Elle pouvait être comparée à une grosse carotide humaine.

Le chien avait une bronchocèle, et l'artère battait vigoureusement, si ce n'est pendant les premiers momens de sa découverte où ses pulsations avaient beaucoup diminué. J'isolai le vaisseau comme à l'ordinaire, et je le pris avec les deux pinces à torsion en les écartant l'une de l'autre de deux lignes et demie à peu près. Je coupai la portion intermédiaire à son milieu ; ensuite je procédai à la torsion. Je fis huit tours au bout cardiaque, et sept seulement à l'extrémité céphalique. Comme j'avais affaire à une artère volumineuse et surtout à une condition particulière, appartenant peut-être à tout l'arbre artériel de notre chien, que je considérais comme anévrysmatique, j'eus l'attention, après avoir remis l'artère dans sa gaîne, de la tenir encore pendant huit secondes, afin que la torsion fût plus solide ; et en effet elle le fut, de manière que les deux bouts ne laissèrent pas après échapper une goutte de sang. Il faut noter aussi que le chien, irrité quelques heures après l'opération par la vue d'un autre chien, s'agita et aboya; circonstance dont on doit tenir compte en preuve de la solidité du moyen hémostatique employé.

Le lendemain, le chien mangea bien et fit différens mouvemens, et, trente six heures après, sortit de la maison sans le moindre inconvénient. Ces trois animaux sont encore vivans. Je crois pouvoir déduire de ce qui précède les corollaires suivans :

1° Les expériences faites chez les chiens sur la torsion des artères comme moyen hémostatique, peuvent être aussi concluantes que si elles eussent été exécutées sur l'homme ; car la torsion mal faite, même sur ces animaux, est sujette à autant d'inconvéniens que sur l'homme.

2° La torsion des artères, convenablement pratiquée, enrichit la thérapeutique opérative d'un moyen hémostatique plus efficace que la ligature, quand elle se pratique près l'origine d'un rameau collatéral, ou d'une branche principale.

3° Elle est applicable sur les artères de grand calibre.

4° Le nombre de tours à faire à une artère doit être proportionné au volume du vaisseau et à ses conditions particulières organiques.

5° La torsion des artères jusqu'à rupture n'est pas sûre.

Le zèle avec lequel on répète en pays étrangers et même en province les expériences de M. Amussat sur la torsion des artères, est vraiment remarquable; tandis qu'à Paris il n'y a que son inventeur et ses élèves qui s'en occupent, et qui la pratiquent tant sur l'homme que sur les animaux constamment avec succès. Si la négligence des chirurgiens de Paris tenait à cette prudence, à cette sagesse, qui doivent être inséparables du praticien dans cette circonstance comme dans toute autre, il n'y aurait qu'à louer; mais nous croyons que cela est le produit du dédain, de l'esprit de côterie, de l'envie, de la paresse routinière même; on s'est plu à s'en rapporter à quelques expériences mal exécutées. Quoi qu'il en soit, c'est toujours chose fâcheuse. La capitale devrait donner l'exemple quand il est question de progrès scientifiques aussi utiles à l'humanité.

Agréez, etc.

LAZABAS.

Paris, 15 novembre 1834.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

OCTOBRE 1834.

N° DU 15.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Considérations sur l'air atmosphérique envisagé comme moyen thérapeutique.

Le plus étrange paradoxe d'une physiologie étroite et surannée est de représenter l'homme sans cesse en hostilité avec les agens extérieurs, et de considérer la nature organisée comme une lutte perpétuelle contre ce qu'on appelle improprement la nature morte ; comme si toutes les parties constituantes de la création n'étaient pas liées entre elles par une admirable affinité, découlant des mêmes causes primordiales, et concourant toutes au même but, le maintien de cet harmonieux univers.

L'élément le plus universel, le plus essentiel peut-être à l'entretien de la vie est, sans contredit, l'air atmosphérique. Sans lui, point d'organisation, point d'existence possible ; c'est dire implicitement que ses altérations sont une source infinie d'affections diverses, et, par contre, qu'il peut servir de remède dans une foule de circonstances, en vertu de l'axiome *contraria contrariis*. Jusqu'ici l'on s'est trop habitué à ne le considérer que comme moyen hygiénique. Par suite de notre facilité à nous laisser abuser par les mots, nous avons séparé l'hygiène de la médecine proprement dite, et nous avons perdu de vue ce puissant modificateur, alors qu'il s'est agi de maladies à guérir. Ajoutons qu'un des motifs de cette aberration réside peut-être dans la domination du solidisme exclusif ; mais aujourd'hui que les observateurs en reviennent à l'humorisme épuré, et qu'on tient compte de la crâse des fluides à laquelle la respiration concourt pour une si grande part, il n'est plus permis de faire abstraction de cet élément capital du grand problème des maladies. Cependant tout n'est pas moderne sur ce point, témoin le sublime traité *De aere, locis et aquis* ; mais les anciens ont dogmatisé, les modernes ont démontré. Les leçons d'hygiène ou plutôt de philosophie médicale de M. Andral ont laissé des traces profondes dans l'esprit des élèves ; on sait les efforts qu'ont faits beaucoup de praticiens pour faire ressortir l'importance de l'aération dans le traitement des fièvres graves, puerpérales, du choléra, de l'ophthalmie, de la dysenterie épidémiques, etc. ; et voilà que, par une sorte de réaction exagérée, M. Piorry ne considère plus la pneumonie comme le résultat des variations de température, mais bien comme celui de la viciation de l'atmosphère. Un des ouvrages où cette heureuse tendance de la fusion des agens de l'hygiène avec ceux de la thérapeutique se manifeste avec le plus d'éclat, est celui récemment publié par M. Baudeloque sur la maladie scrophuleuse : nous y reviendrons.

Les limites de ce journal nous interdisant les développemens dont le sujet est digne et susceptible, n'ayant d'ailleurs pour but nous-même que d'appeler l'attention sur les ressources que peut offrir au médecin l'agent le plus répandu dans la nature, nous nous bornerons à quelques aperçus généraux étayés d'exemples vulgaires.

Sous le point de vue de la thérapeutique, comme sous celui de l'hygiène, l'air doit être envisagé sous les rapports de sa composition intrinsèque, de sa température, de sa combinaison avec la lumière et l'électricité, de son état hygrométrique, enfin de sa pureté. Ce n'est pas à dire que le médecin ne puisse procéder à l'appréciation de ces diverses qualités qu'avec un attirail d'instrumens eudiométriques ; nous affirmerons même que les sens et les plus simples élémens d'hygiène suffisent pour donner à cet égard toutes les notions essentielles à la pratique : l'impression tactile, l'aspect du ciel et la topographie des lieux peuvent, dans la plupart des cas, remplacer le thermomètre, le baromètre, l'hygromètre et l'analyse chimique qui, jusqu'à présent, n'a d'ailleurs fourni que des résultats négatifs. Comme tout autre médicament, l'air peut être dosé, corrigé, modifié, et c'est dans l'art de lui imprimer ces changemens divers que consiste l'habileté du praticien.

Pour commencer par les *phlegmasies*, que d'erreurs n'ont pas accumulées les anciens à l'égard de l'agent qui nous occupe ! préoccupés de leurs idées de crudité, de coction, de crises, termes qui mieux compris ne manquent pas de certains fondemens, ils étouffaient leurs malades dans une atmosphère concentrée, chaude et stagnante, dans le but de hâter la résolution. Il n'a fallu rien moins que l'autorité de Sydenham pour faire sentir que l'accroissement anormal de chaleur qui accompagne l'inflammation, indiquait au contraire un air tempéré dont la libre circulation rafraîchit

les poumons et calme la fièvre, ce qui s'applique surtout aux phlegmasies externes comme celles de la peau; mais dans ce cas il faut faire attention à maintenir l'égalité de la température, afin que les surfaces n'en éprouvent qu'une impression douce, continue et telle qu'il ne puisse en résulter de répercussion. C'est ici le lieu de rappeler l'observation faite dans ces derniers temps au sujet de la variole qui, dit-on, est considérablement mitigée par l'absence des rayons lumineux. L'utilité d'un air tempéré, dans les phlegmasies, s'applique même à l'inflammation pulmonaire, car les pneumoniques sont aussi fâcheusement affectés par l'inspiration d'un air trop chaud que par celle de l'air froid. Ici cependant un nouvel élément deviendrait nécessaire, c'est l'humidité : l'air tiède et humide est, en effet, le meilleur calmant des irritations pulmonaires; mais cette heureuse association n'est pas facile à obtenir, surtout d'une manière permanente.

Ce que nous disons des phlegmasies s'applique également aux *fièvres* dites *inflammatoires, bilieuses,* qui, selon nos idées actuelles, dérivent d'un point d'irritation interne. Si la constitution inflammatoire ou bilieuse dépend du séjour dans un air trop vif ou trop ardent, on sent que le remède consistera dans l'application des conditions atmosphériques opposées; il est en effet d'observation vulgaire que les individus sujets aux angines, aux rhumatismes, aux éruptions fébriles, réussissent à s'en délivrer en changeant d'habitation. On sait aujourd'hui que les fièvres dites *muqueuses* ne sont autre chose que des irritations sécrétoires comprises collectivement sous le nom d'affections catarrhales; or ces affections, provoquées en général par une atmosphère humide et froide, se dissipent avec facilité sous l'influence des conditions opposées. Cette merveilleuse efficacité de changement d'air est surtout sensible dans les villes populeuses et embrumées, telles que Paris et Londres. Maintes fois il m'est arrivé de voir des enfans prêts à succomber aux progrès d'une diarrhée chronique et rebelle à tous les remèdes, recouvrer la santé comme par miracle, après quelques jours d'habitation à la campagne. Le faits serait facile à concevoir à l'égard du catarrhe bronchique; mais le même effet salutaire à l'égard du catarrhe intestinal, pour être plus réfractaire à la théorie, n'en est pas moins réel et facile à vérifier. Il est un ordre de fièvres dites *putrides, adynamiques, typhoïdes,* où la toute-puissance de l'aération est depuis long-temps proclamée. Qui ne sait les funestes ravages qu'occasionc l'encombrement dans les hôpitaux, les prisons, les camps, les vaisseaux, et que le moyen de borner le fléau réside uniquement dans la purification de l'air et dans la dissémination des malades? Il y a plus, les affections les plus simples peuvent, par le fait même de l'entassement, revêtir le caractère typhoïde, et c'est à cette particularité qu'il faut principalement attribuer la grande mortalité dans les hôpitaux, celle en particulier qui, dans ces dernières années, moissonnait les femmes à la Maternité de Paris. L'on voit, en effet, les épidémies de ce genre cesser immédiatement aussitôt qu'on réduit le nombre des malades respirant le même air. Quant aux fièvres *intermittentes,* quelle que soit la lésion qui les détermine, il est constant qu'elles sont également dues à l'influence des miasmes, et qu'en soustrayant le malade à la cause productrice, vous faites pour lui ce que fait le médecin qui, dans un cas d'empoisonnement, provoque l'expulsion ou neutralise l'action de la substance délétère. Les mêmes considérations s'appliquent à la *fièvre jaune*, à la *dyssenterie*, au *choléra*, bref, à toutes les maladies endémiques; vérités banales que trop souvent on oublie, au grand détriment de l'humanité.

La thérapeutique peut également tirer profit des influences de l'atmosphère, dans les *hémorragies* actives ou passives : qu'un individu à poitrine délicate, respirant l'air sec et vif des montagnes, soit sujet aux hémoptysies, il trouvera sa guérison dans l'atmosphère humide et pesante de la vallée. Par contre, qu'un individu cacheetique et sujet aux atteintes du scorbut, au sein d'une atmosphère débilitante, soit transporté dans des régions élevées et son mal disparaîtra. Quelquefois même il suffit pour cela de changer d'exposition et de fermer l'accès aux vents du nord et de l'ouest pour l'ouvrir à ceux de l'est et du midi. Il est de précepte vulgaire, dans les cas d'hémorrhagies internes, de découvrir le malade et de l'exposer au courant d'un air frais qui détermine l'astriction directe ou sympathique des vaisseaux.

Des remarques du même genre se rattachent aux *hydropisies :* l'anasarque occasionée par le froid humide trouve sa guérison dans l'impression d'un air sec et chaud. Dans un mémoire présenté récemment à l'Académie, M. Dupuy n'a pas hésité à rapporter la cachexie aqueuse des bêtes à laine, aux propriétés hygrométriques des toisons pénétrées par les brouillards, ce qui l'a naturellement conduit à présenter comme préservatif et comme remède l'émigration des troupeaux sur les montagnes ou dans les plaines balayées par les vents.

Les *névroses* ne sont pas moins modifiées par les différens états de l'atmosphère. Qui ne sait combien elles sont fréquentes dans l'atmosphère tiède et voluptueuse des contrées méridionales, et rares au contraire sous le rigoureux climat des régions septentrionales? Ainsi la vaporeuse créole devra chercher la guérison de ses maux de nerfs sous le ciel âpre et nébuleux des pays du nord, de même que le lymphatique habitant de la Grande-Bretagne ou de la Germanie se dépouillera de l'exubérance de sucs qui tient ses nerfs engourdis, sous le ciel lumineux des colonies. On n'ignore pas l'influence exercée par l'état électrique de l'atmosphère sur les affections nerveuses en général; mais nous n'avons point encore découvert les moyens d'en neutraliser les effets, si ce n'est en usant de vêtemens réputés susceptibles de se charger du fluide prédominant, tels que les tissus de laine.

Si nous abordons la grande classe des *lésions* dites *organiques*, nous en trouverons un certain nombre qui ne prennent leur origine et ne peuvent laisser concevoir de guérison que dans certaines modifications de l'atmosphère. Aucun agent, en effet, à part l'alimentation, n'est plus apte à préparer de loin ou à corriger insensiblement ces désorganisations qui minent lentement l'économie. C'est en viciant l'hématose, en pervertissant l'assimilation, que certaines conditions atmosphériques engendrent et développent ces fatales cachexies désignées sous le nom de scrophules, tubercules, scorbut, etc. Quant aux *scrophules*, nous engageons les lecteurs à consulter l'excellent livre de M. Baudelocque, déjà mentionné; cette lecture les convaincra sans doute que cette funeste plaie de la civilisation n'a pas d'autre

source que la viciation de l'atmosphère, et, partant, qu'elle demeure incurable tant que cette cause persiste. Ils verront en outre combien les apparences sont trompeuses, et ce qu'il faut parfois d'attention et de perspicacité pour découvrir la cause réelle du mal, au sein des conditions en apparence les plus favorables : c'est ainsi que sous un ciel pur, dans une habitation salubre, un enfant devient scrophuleux, par cela seul qu'il a coutume de dormir la tête sous les couvertures ; or, vous ne pourrez espérer de le guérir qu'autant que par une active surveillance vous serez parvenu à détruire cette pernicieuse habitude. Relativement aux *tubercules*, nous n'examinerons pas la question très-litigieuse de savoir s'ils sont une dépendance, un effet des scrophules ; ce qui nous importe, c'est de rappeler ce fait de notoriété antique et vulgaire, que l'influence d'un beau climat est seule capable de prolonger l'existence des phthisiques. En vain on s'est efforcé de modifier artificiellement l'atmosphère locale en augmentant les proportions de l'oxigène ou celles de l'azote, en répandant du chlore ou autres vapeurs balsamiques dans l'air que doit respirer le malade ; sans frapper de réprobation absolue ces louables efforts de la philantropie, nous établirons seulement que jusqu'ici l'émigration dans un climat plus doux, tel que celui de l'Italie centrale, est encore ce qu'on peut conseiller de plus efficace. La science moderne est venue sanctionner ce précepte par des observations positives, quoique faites dans un sens inverse : c'est ainsi que les dissections de MM. Reynaud, Andral et autres ont fait voir avec quelle facilité les animaux transportés des contrées méridionales dans nos climats, contractent l'affection tuberculeuse.

Pour terminer par un exemple saillant ce que nous avons à dire de l'emploi médical de l'air, nous rappellerons les *asphyxies*, qui sont en effet le triomphe de la médecine *pneumatique ;* car l'air est manifestement ici le corps du délit, et le secret de la guérison consiste tout simplement à rétablir l'action du gaz vivificateur dont un gaz délétère a usurpé la place.

Cette esquisse serait incomplète, si nous ne disions un mot de l'emploi chirurgical de l'air atmosphérique ; et d'abord nous signalerons les idées fausses qui règnent à son égard au sujet des *plaies*. Disons, avant tout, que le contact des chairs avec les chairs est la condition la plus favorable à la guérison, et que la réunion immédiate est le plus beau des résultats d'un pansement méthodique ; mais lorsqu'une surface divisée doit rester à nu, le contact de l'air est-il donc par lui-même si redoutable ? Non, sans doute, et les animaux nous en offrent les preuves journalières. Tout bien considéré, le contact de l'air est moins irritant que les pièces d'appareil les plus molleuses ; et si nous *habillons* les plaies, comme disait Ambroise Paré, c'est moins pour les préserver du contact de l'air que pour les garantir de ses variations, de ses influences délétères, et surtout des corps étrangers qui pourraient les salir ou les blesser, ainsi que pour absterger les fluides qui en découlent. Il n'est personne qui n'ait éprouvé que certains *bobos*, qui se prolongent indéfiniment tant qu'on les panse avec soin, guérissent avec promptitude aussitôt qu'on cesse de les couvrir. Mais il faut supposer que cet air est pur et d'une température modérée, autrement on doit user d'autant plus de précautions que la surface est plus sensible et qu'elle absorbe plus facilement. Ce précepte est surtout applicable à la pratique des hôpitaux, dont l'air, plus ou moins contaminé, est le véhicule de ces épidémies gangréneuses qui font tant de ravages dans les cas d'encombrement. Aussi le moyen le plus efficace contre la pourriture d'hôpital, comme dans les cas de typhus, c'est l'aération, et surtout le transport des malades dans des lieux plus salubres et mieux ventilés.

A l'égard des *abcès*, nous dirons encore que l'introduction de l'air dans les foyers de suppuration n'a de fâcheux résultats qu'autant que cet air est impur, et que, par sa stagnation dans les clapiers, il peut hâter la décomposition putride. Aussi, tandis que certains chirurgiens recommandent d'ouvrir les abcès froids et par congestion avec l'instrument le plus mince, d'autres indiquent de les ouvrir largement, afin que l'air puisse s'y renouveler avec facilité.

Quant aux *ulcères*, qui sont des plaies chroniques, si l'on nous objectait l'efficacité des appareils permanens, nous répondrions que l'avantage des pansemens rares tient moins à la préservation du contact de l'air, qu'aux effets d'une compression méthodique et prolongée et à l'absence des irritations que déterminent les pansemens répétés.

Il y a plus, l'art peut tirer profit des propriétés légèrement irritantes de l'air, soit pour stimuler certaines surfaces frappées d'atonie, soit pour provoquer doucement l'irritation adhésive de certains foyers. C'est ainsi que, dans l'ophthalmie chronique, et surtout dans l'ophthalmie scrophuleuse, le contact de l'air est un excellent résolutif, tandis que les bandeaux ne font que favoriser le boursouflement de la conjonctive ; c'est ainsi que, dans le traitement de l'hydrocèle par la canule de M. Larrey, l'introduction de l'air dans la tunique vaginale concourt vraisemblablement à produire l'irritation qui doit amener l'adhésion des surfaces. N'a-t-on pas, par analogie, conseillé, dans l'ascite, d'insuffler le péritoine par la canule du troquart ? Ce moyen, dans tous les cas, serait moins dangereux que ces injections irritantes imprudemment indiquées pour provoquer l'adhérence des parois péritonéales.

Il nous resterait à considérer l'air agissant par ses propriétés mécaniques, comme dans l'injection de la trompe d'Eustache, imaginée par M. Deleau, comme dans les pelottes à air récemment perfectionnées pour les bandages herniaires ; mais il est évident qu'ici le gaz aérien pourrait être remplacé par un autre également élastique et coercible, de même que lorsqu'on l'emploie comme agent compressif insufflant une vessie.

Nous en avons dit assez pour fixer l'attention des praticiens sur un agent vulgaire, dont la puissance est trop souvent méconnue, négligée ou calomniée ; et pour leur faire apprécier les ressources qu'ils peuvent puiser dans l'arsenal de la nature qui, presque toujours, a placé le remède à côté du mal, et qui nous rappelle sans cesse la vérité de l'aphorisme *sublatâ causâ, tollitur effectus.*

FORGET.

Note sur l'emploi de la térébenthine dans quelques affections de poitrine chez les enfans.

Dans un travail intitulé : *Observations pratiques sur le traitement de quelques maladies du poumon* (1), le docteur Robert Little vient d'appeler l'attention sur l'usage externe de l'essence de térébenthine qu'il recommande de substituer au vésicatoire et à la pommade stibiée dans les phlegmasies pulmonaires. L'efficacité du vésicatoire lui a paru peu certaine, principalement chez les enfans. Lors même qu'ils n'ont été employés qu'après les émissions sanguines, les épispastiques lui ont toujours paru plus nuisibles qu'utiles. Quant au tartre émétique, il agit lentement et détermine une irritation qui n'est pas sans danger. La térébenthine n'a pas les mêmes inconvéniens. Lorsqu'on l'applique sur la poitrine d'un enfant, elle détermine promptement la rubéfaction de la peau ; mais cette irritation artificielle n'est pas suivie immédiatement de l'augmentation du mouvement fébrile et de la dyspnée, comme cela a lieu fréquemment après l'application du vésicatoire ; au contraire, elle abaisse la fréquence du pouls en raison de l'excitation qui est poduite, et diminue en même temps l'intensité de la phlegmasie locale.

Ce n'est pas seulement dans le traitement des maladies aiguës du thorax que ce praticien recommande l'emploi de la térébenthine ; il conseille d'y avoir recours aussi dans les maladies chroniques. Cette substance n'a pas l'inconvénient de débiliter les malades, et sous ce rapport elle doit être encore préférée au vésicatoire et à l'emplâtre émétisé, qui, par l'abondante suppuration à laquelle ils donnent lieu, jettent souvent les jeunes malades dans un état de faiblesse alarmant.

Les maladies dans lesquelles le docteur Little a employé l'essence de térébenthine avec avantage, sont la bronchite aiguë et chronique, le croup, l'asthme, la pleurésie, la pneumonie, la coqueluche. C'est, dit-il, le meilleur *antispasmodique* et le meilleur *contre-irritant* qu'il ait trouvé contre cette dernière affection. Voici la manière dont il l'emploie : Après avoir humecté la poitrine et la partie antérieure du cou avec l'essence de térébenthine, il recouvre ces parties d'un large morceau de flanelle, pour empêcher le contact de l'air et prévenir l'irritation qui pourrait en résulter. Quand il croit nécessaire d'accroître la propriété antispasmodique, il y ajoute un peu de camphre ou de laudanum. Il a eu rarement besoin de répéter ces applications plus d'une ou de deux fois par jour, à moins que les symptômes ne fussent extrêmement graves. Ordinairement il fait précéder cette médication d'une émission sanguine, si le sujet est pléthorique, et si le mouvement fébrile est intense ; et par ces moyens combinés il fait disparaître la toux convulsive et les autres phénomènes pathologiques, même dans les cas les plus graves, dans l'espace de huit ou dix jours.

Dans les accès d'asthme chez l'adulte, il obtient en peu d'instans une vive rubéfaction de la poitrine, en employant l'essence de térébenthine aussi chaude que possible. Il est peu de cas, dit-il, où ce moyen n'ait suffi pour arrêter en une ou deux heures un violent accès d'asthme.

A l'hôpital des Enfans de Paris, nous avons eu de fréquentes occasions de nous convaincre des inconvéniens des révulsifs énergiques chez les très-jeunes enfans ; outre la vive irritation que produit un vésicatoire appliqué sur la poitrine, il n'est pas rare de voir les plaies que déterminent les épispastiques prendre un mauvais aspect, se gangréner ou se convertir en ulcères dont la cicatrisation est très-difficile à obtenir. Nous avons signalé récemment les accidens produits par la pommade stibiée. Aussi n'a-t-on pas hésité à faire usage de l'essence de térébenthine qui du reste avait été employée avec avantage comme excitant de la peau pendant l'épidémie de choléra en 1832.

Cette substance a été employée chez huit malades atteints de coqueluche. On a, ainsi que le recommande le médecin anglais, promené un linge trempé dans l'essence de térébenthine sur la partie antérieure du thorax, que l'on a recouverte ensuite d'un large morceau de flanelle. Dans quelques cas on a laissé appliqué sur la poitrine le linge qui avait servi aux frictions, et qui était imprégné de liquide. Les effets locaux de cette médication ont été variables. Lorsqu'on se contentait d'humecter simplement la périphérie cutanée, la peau prenait une teinte rosée. Quelquefois on observait une rougeur ponctuée ; enfin dans quelques-uns une rougeur érythémateuse suivait l'emploi de cette application. Lorsqu'un linge imprégné de térébenthine restait appliqué pendant douze ou vingt-quatre heures à la surface de la poitrine, l'épiderme était soulevé en quelques points par une sérosité limpide ou lactescente. Les petites phlyctènes, groupées dans quelques points, offraient tout-à-fait l'aspect de *herpès phlyctenodes*. On n'a jamais pratiqué qu'une seule friction dans les vingt-quatre heures.

Relativement à l'influence de la térébenthine sur les principales fonctions de l'économie, voici ce que nous avons observé. Le pouls offrait différens degrés de fréquence chez les huit sujets qui ont été soumis à l'emploi de cette substance ; chez trois d'entre eux la circulation n'a pas été modifiée après la première friction. Chez trois le pouls a diminué de fréquence. Chez deux il a été plus accéléré. Mais à mesure qu'on a renouvelé l'emploi de ce moyen, le mouvement fébrile a diminué d'intensité avec la maladie qui en était le point de départ.

Nous n'avons pas observé pendant son emploi une plus grande gêne de la respiration. Les voies digestives n'ont offert aucune modification notable, ainsi que les différens organes sécréteurs.

Nous n'avons à signaler d'autre trouble de la sensibilité qu'un léger sentiment de démangeaison éprouvé par les malades dans les points qui avaient été mis en contact avec la térébenthine.

Son action thérapeutique a été très-marquée chez quatre des huit malades soumis à son emploi. Chez deux la durée de la coqueluche a été manifestement abrégée. Chez deux autres, les quintes ont rapidement diminué d'intensité et de fréquence. Mais les deux derniers ont été retirés de l'hôpital par leurs parens avant que la guérison fût complète. Nous

(1) *The Dublin Journal of medical and chemical sciences.*

ne tirerons aucune conclusion des quatre autres faits, d'autres médications ayant été employées concurremment avec celle qui nous occupe. Ajoutons, et cette circonstance est digne de remarque, que chez aucun des malades qui ont été traités par la térébenthine, il ne s'est manifesté des symptômes de pneumonie. Cette complication s'observe en général dans la moitié des cas de coqueluche observés à l'hôpital des Enfans. Du reste, pour s'assurer si cette absence de complication est due à l'emploi de cette substance, il sera nécessaire de renouveler ces essais pendant le cours de la saison rigoureuse où les phlegmasies thoraciques sont beaucoup plus fréquentes que dans l'été et le commencement de l'automne.

En résumé, l'essence de térébenthine doit être rangée parmi les révulsifs cutanés. Ce médicament nous paraît devoir être recommandé comme succédané du vésicatoire et de l'emplâtre stibié dans les affections thoraciques de l'enfance. Il pourra également remplacer pour l'emploi extérieur l'huile de croton tiglium, que son prix élevé ne permet pas toujours de mettre en usage. Ce n'est point un spécifique contre ces diverses affections; c'est un moyen auxiliaire qui pourra dispenser les praticiens de recourir en même temps aux émissions sanguines, aux évacuans ou aux antispasmodiques suivant l'indication. T. CONSTANT.

De l'ustion sincipitale employée dans la période extrême de l'hydrocéphalite aiguë chez les enfans.

J'ai rapporté dans le Répertoire annuel de clinique de 1834, un cas très-remarquable d'encéphalite aiguë, arrivée à sa période extrême et guérie par l'application d'un large vésicatoire sur toute la partie supérieure de la tête. Ce fait, qui est communiqué par M. Bessière et extrait du compte rendu de la Société royale de médecine de Toulouse, n'est pas nouveau; mais il n'en constitue pas moins une médication énergique qu'il faut employer lorsque les autres moyens ont échoué. Tous ceux qui ont vu des enfans atteints d'hydrocéphalite aiguë savent que le traitement antiphlogistique le plus énergique et le plus sagement combiné, n'est pas suffisant pour arrêter les symptômes morbides qui souvent se pressent avec une rapidité effrayante. M. Coindet, qui avait vu beaucoup d'enfans hydrocéphales, comptait même très-peu sur l'action des antiphlogistiques : mais ayant été à même de suivre quelque temps la pratique de ce médecin, je crois devoir avouer qu'en général il attendait trop tard pour recourir à leur action.

Chargé pendant sept ans de la direction médicale d'une maison d'éducation qui comptait plus de deux cents enfans, j'ai eu bien souvent à traiter des affections aiguës du cerveau; et comme mes soins étaient toujours réclamés en temps utile, je n'ai eu qu'à me louer du traitement antiphlogistique appliqué au traitement de l'inflammation du cerveau et de ses annexes. Mais dans la pratique civile on n'est souvent appelé auprès d'un petit malade que lorsque l'affection est déjà arrivée à une époque où le praticien exercé, à travers les symptômes généraux inflammatoires, reconnaît déjà les signes non équivoques d'un commencement d'épanchement. J'ai observé alors que les saignées générales et locales précipitaient presque toujours l'épanchement, et que par conséquent elles aggravaient la position du malade.

Ce serait tout-à-fait méconnaître le but vers lequel marche ce journal que de laisser pressentir que j'ai toujours été assez heureux pour arrêter, dans tous les cas, la marche de la maladie, lors même qu'elle eût été prise à son début. Il n'en est malheureusement point ainsi, et j'ai dû recourir, comme tant d'autres, après avoir dans certains cas reconnu leur insuffisance, à une révulsion énergique, s'étendant de la simple vésication à l'ustion superficielle et même profonde.

Cette dernière était pratiquée, tantôt avec une éponge imbibée d'eau bouillante, tantôt avec de l'essence de térébenthine appliquée sur le cuir chevelu, tantôt enfin au moyen du marteau de M. Mayor, de Lausanne. J'ai employé ces divers moyens à une époque tellement avancée que le petit malade ne manifestait, sous leur action, aucun sentiment de douleur; cette révulsion, dont on pressent toute l'énergie, a souvent l'inconvénient d'effrayer les parens, et ce n'est pas sans une vive opposition de leur part qu'elle est mise en usage.

Quand on emploie l'essence de térébenthine, il faut raser le cuir chevelu dans toute la partie supérieure de la tête, puis imbiber çà et là quelques parties de la peau avec cette substance, et y mettre le feu avec une allumette. L'essence s'enflamme aussitôt, brûle sur place, et détermine sur les tissus où elle est appliquée divers phénomènes de brûlure du premier au troisième degré, selon que l'on entretient la flamme, en laissant tomber de temps en temps quelques gouttes de cette huile. Le praticien, en administrant lui-même cette médication, peut en surveiller l'action et les effets, par les diverses altérations qu'il voit se développer à sa suite. Ce moyen est effrayant, sans doute, paraît même cruel; mais je laisse le soin de l'apprécier à ceux qui savent combien peu l'on a de chances de succès lorsque l'épanchement est déjà formé. En soufflant brusquement sur la flamme on l'éteint instantanément; et si l'on croit que la brûlure n'a pas été suffisante, rien n'est plus facile que de recommencer.

Obs. Ire. Hortense Wepfer, âgée de sept ans, fut, dans l'été de 1820, atteinte d'une inflammation du cerveau qui se caractérisait par des convulsions, le délire, la perte de connaissance, la rotation des yeux et le cri encéphalique. Cette affection, qui avait succédé à de légers symptômes gastriques, exaspérés par un vomitif, avait résisté à l'application des sangsues aux tempes, aux révulsifs appliqués aux jambes et aux cuisses, ainsi qu'aux applications froides de la tête. L'immobilité de la pupille et son énorme dilatation, ainsi qu'un léger mouvement convulsif dans la lèvre supérieure, annonçaient déjà un commencement d'accumulation de sérosité dans les ventricules. Désespéré de voir les symptômes s'aggraver, je demandai les conseils de plusieurs confrères, et nous fûmes d'un avis uniforme sur la gravité de l'affection. Il fut convenu qu'après avoir rasé le cuir chevelu dans sa totalité, on mettrait sur la tête une large calotte de vésicatoire, fortement saupondrée de cantharides : elle resta vingt-quatre heures en place, et à dater de cette époque il

y eut une grande amélioration dans les symptômes. Peu à peu ils s'amendèrent, et l'espoir de sauver la malade nous fut acquis.

Comme il existait des symptômes non équivoques d'épanchement, l'on irrita chaque jour le vésicatoire, jusqu'à ce que les symptômes alarmans fussent un peu calmés. La résorption complète eut lieu, et la malade ne conserva de son terrible malaise qu'une convalescence pénible et une légère chorée qui se dissipa d'elle-même

Obs. IIe. Marie Salomon, âgée de neuf ans environ, après avoir fait une chute dans une rivière où elle manqua périr, conserva long-temps un sommeil inquiet, accompagné de cris et de terreurs nocturnes.

Cet état durait depuis long-temps lorsqu'elle fut atteinte, dans le mois de décembre, 1822, d'une fièvre scarlatine avec symptômes cérébraux. Ceux-ci ne cédèrent point à l'application réitérée de sangsues, aux sinapismes aux jambes et à l'application de la glace sur la tête, secondée par les lavemens purgatifs. L'affection inflammatoire des ventricules se dessinait de plus en plus, et avec elle les symptômes d'épanchemens dans leur cavité. Je prescrivis alors l'emplâtre de vésicatoire s'étendant à tout le cuir chevelu rasé, et je ne tardai point à m'apercevoir que son action médicatrice se révélait par une diminution très-marquée dans les symptômes alarmans. De jour en jour l'amélioration fit des progrès et la malade revint à sa santé primitive.

Une chose bien digne de remarque, c'est que souvent plusieurs enfans de la même famille sont enlevés en peu de temps par la même affection, sans que les parens se soient mis en mesure pour préserver les autres.

Obs. IIIe. Marie Goddet, riche fermière, réclama mes soins pour un enfant âgé de sept ans, que je trouvai sans connaissance, poussant des cris pathognomoniques de l'hydro-encéphalite, et ayant déjà tous les symptômes d'un épanchement très-abondant. L'enfant était depuis deux jours sans aucune connaissance, et les deux yeux, qui étaient déviés en dehors présentaient une dilatation énorme de la pupille. L'état était si grave et la maladie si avancée qu'il me restait peu à faire : je tentai alors de faire raser les cheveux et d'imbiber le cuir chevelu d'essence de térébenthine : je mis ensuite le feu à cette onction. Le petit malade n'accusa aucune sensibilité ; cependant sous l'action d'une flamme assez vive le cuir chevelu se boursouffait et se couvrait de petites vésicules qui se rompaient aussitôt. Je n'obtins aucun résultat de cette médication : l'enfant fut enlevé quelques heures après, et l'autopsie démontra à l'évidence la sûreté de mon diagnostic.

Obs. IVe. Quelques jours après, le frère cadet de l'enfant dont je viens de tracer ici l'histoire fut affecté de la même affection, et l'on ne réclama encore mon ministère que lorsque la gravité de la maladie eut inspiré des craintes sérieuses. Quand j'arrivai auprès du petit malade, il était dans le délire le plus complet. La face était froide et recouverte d'une sueur visqueuse ; le pouls vif et petit ne permettait pas d'espérer de bons résultats des saignées locales ; les yeux roulans dans l'orbite avaient les pupilles immobiles et très-dilatées. Je crus devoir immédiatement passer à l'ustion sincipitale, par le même moyen employé chez son frère ; à peine le feu fut-il mis à la térébenthine qu'il se plaignit avec force, en criant *mal, mal,* seul mot intelligible qu'il eût prononcé depuis cinq ou six heures environ. Quelques heures après le délire cesse, mais le malade tombe dans un assoupissement alarmant. Nouvelle ustion avec un marteau de fer, chauffé à l'eau bouillante, et appliqué aux apophyses mastoïdes ; le malade ne donne aucun signe de douleur. Je reprends la médication première, et à peine la térébenthine eut-elle flambé un instant, que le malade se plaignit de nouveau avec beaucoup d'énergie en criant : *mal, mal, brûle, brûle.* La brûlure au second degré fut enduite de beurre frais, et le malade commença, dans la soirée, à manifester quelques besoins.

Le lendemain le mieux se soutenait, et peu à peu, de jour en jour, sa santé se rétablit sans qu'il restât la moindre trace de cette funeste maladie.

Obs. Ve. Une petite fille, âgée de vingt-six mois, fut prise, à la suite d'une varioloïde confluente, de symptômes hydrocéphaliques très-évidens. Quelques sangsues placées derrière les oreilles ne produisirent aucun effet ; l'estomac étant réputé sain, on donna des anthelminthiques, car on présumait que les symptômes cérébraux n'étaient que sympathiques et dus à la présence des vers. Il n'y eut ni évacuations de parasites intestinaux, ni amélioration des symptômes ; leur gravité allant même en augmentant, je conseillai à M. Cailles, médecin ordinaire, de recourir à l'application du marteau chauffé à l'eau bouillante. Quatre applications furent faites sur les pariétaux et le coronal : quelques heures après la petite malade était mieux. Le lendemain on réitère l'ustion sincipitale ; la malade se plaint de douleur à la tête. Les escarres sont pansées avec du beurre frais. Le mieux se soutient, et cinq ou six jours après l'ustion on acquiert l'espoir fondé de la sauver, espoir qui s'est heureusement réalisé.

En écrivant pour un journal qui se rattache surtout aux progrès de la thérapeutique, j'ai dû rendre les observations de la manière la plus sommaire, en passant sur une foule de détails qui avaient plutôt trait à l'étiologie qu'à la thérapeutique.

En indiquant des faits de guérison aux praticiens, je laisse à la sagacité de leur diagnostic le choix des cas où l'ustion leur paraîtra convenable.

Je finirai en observant que malgré les énormes brûlures produites sur le cuir chevelu, par la térébenthine et par le marteau, les cheveux se sont reproduits sans altération appréciable dans les formes et dans la couleur.

CARRON DU VILLARDS.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Note sur une nouvelle espèce de fistule stercorale chez la femme, et sur les moyens de la guérir.

On connaissait, jusqu'à ces derniers temps, cinq espèces de fistules stercorales chez la femme, savoir : les fistules anales, les crurales ou inguinales, les ombilicales ou ven-

trales, les recto-vaginales, et les entéro-vaginales. Ces dernières ont, comme on sait, leur origine dans le fond du vagin ; elles se forment à la suite d'une hernie intra-vaginale gangrénée, ou bien à l'occasion d'une blessure d'intestin à travers le canal vulvo-utérin ; leur siége ordinaire est entre la matrice et le rectum (espace utéro-rectal), ou bien entre le réservoir des urines et l'utérus (espace vésico-utérin). Cette cinquième espèce de fistule est des plus rares.

Mais, indépendamment de ces sortes de fistules stercorales chez la femme, il y en a une sixième, qui paraît avoir échappé, jusqu'à ce jour, à l'investigation des observateurs. Aucun auteur, en effet, à ma connaissance n'en a parlé. Elle consiste dans un canal sinueux qui part d'une certaine hauteur de l'intestin rectum et aboutit par un trou excessivement petit, sur un point de la face interne de la grande lèvre. Elle donne passage à des mucosités stercorales et à des gaz intestinaux par la vulve. C'est là ce qu'on pourrait appeler *fistule recto-vulvale*. Ayant eu deux fois l'occasion d'observer jusqu'à présent cette dernière fistule, je vais exposer les idées que j'ai pu m'en former d'après ces faits.

La femme atteinte de fistule *recto-vulvale* se plaint de temps à autre d'un écoulement fétide et très-désagréable des parties génitales. Elle croit avoir des flueurs blanches de mauvais caractère, et se fait traiter en conséquence. L'une des femmes que j'ai observées, se croyant attaquée de blennorrhagie syphilitique, avait déjà pris beaucoup de poivre cubèbe et de baume de copahu. Le toucher n'apprend rien dans cette infirmité ; cela se conçoit. L'inspection oculaire est aussi trompeuse quelquefois, si elle n'est pas accompagnée d'une très-grande attention. On voit à l'entrée de la vulve des traces d'une phlogose légère ; mais si le trou fistuleux se trouve caché derrière un repli de la muqueuse de la grande lèvre, on ne soupçonne même pas la nature du mal, à moins d'en être prévenu. Ce trou fistuleux est d'ailleurs si petit, qu'il se confond facilement avec l'apparence des glandes mucoso-sébacées de la même région. Mais si vous faites attention à la qualité fétide, à l'odeur stercorale de l'écoulement, à sa couleur jaunâtre sur le linge qu'il tache ; si vous tenez compte des antécédens de cet écoulement, lesquels remontent constamment à un mal inflammatoire, à de petits abcès, soit dans le rectum, soit à la vulve; si vous observez enfin que le col de la matrice et le canal vaginal sont ordinairement sains, vous ne tarderez pas à vous orienter sur la nature de l'écoulement et la source d'où il émane.

Examinez avec une très-grande attention la face interne de la vulve, parcourez point par point, à l'aide d'un stylet boutonné, très-fin et très-flexible, tous les replis de la muqueuse de la grande lèvre, tous les cryptes mucoso-sébacés de cette partie, surtout vers l'endroit où la femme dit avoir autrefois éprouvé du mal, et vous trouverez le bout vulval du trajet fistuleux dont il s'agit. Un doigt passé dans le rectum vous fait sentir alors le stylet à nu dans cet intestin. Quelquefois cependant, et c'était la circonstance que l'on remarquait chez l'une des femmes dont je vais parler, le stylet ne pénètre pas dans le rectum, mais il indique qu'un point de la surface externe de l'organe défécateur est dénudé. Dans ce dernier cas, les matières qui sortent par la fistule ont également le caractère stercoral, ainsi que cela s'observe aussi dans toutes les fistules borgnes externes des environs de l'anus.

Les causes des fistules vulvo-rectales sont les mêmes que celles des autres fistules stercorales de l'intestin rectum. En général cependant, on peut dire que les fistules vulvo-rectales forment plutôt une maladie des jeunes personnes ou des jeunes femmes, que des femmes d'un âge avancé. On en devine facilement la raison. Chez l'une des femmes que j'ai vues atteintes de cette maladie, la fistule s'était déclarée par suite d'exercices à cheval, c'était une jeune actrice du Cirque-Olympique ; l'affection était survenue chez l'autre qui était une jeune personne de seize ans, par suite de l'union conjugale.

Le traitement des fistules de cette nature consiste, comme dans presque toutes les autres fistules sinueuses en général, à fendre le trajet fistuleux jusqu'à sa source, et à provoquer son oblitération par des pansemens méthodiques. Voici, à cet égard, l'observation d'une des malades dont nous avons parlé.

En 1830, une jeune personne, âgée de vingt ans, actrice-amazone, d'une constitution lymphatique, avait essuyé, depuis un an, un petit abcès à la face interne de la grande lèvre, par suite d'exercices forcés qu'elle avait faits à cheval. Cet abcès s'ouvrit spontanément, et depuis lors la malade avait toujours éprouvé un écoulement âcre et très-fétide par la vulve. Par conseil d'une de ses camarades, elle prit force cubèbe et copahu : aucun effet. Frappée alors de l'idée d'un cancer utérin, elle entra à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Roux. Pendant plusieurs jours on fut dans le doute sur la nature du mal. Enfin la qualité des taches que l'écoulement vulval laissait sur le linge, et les autres signes d'investigation que j'ai énumérés, mirent dans la véritable voie du diagnostic, et l'existence d'une fistule vulvo-rectale fut reconnue. Elle avait son origine à la partie moyenne et interne de la grande lèvre, et s'étendait jusque dans le rectum, à deux pouces de l'anus : le stylet pénétrait à nu dans cet intestin. On l'opéra de la manière suivante :

Un stylet très-fin (sonde lacrymale d'Anel) fut introduit par le trajet fistuleux de la vulve dans le rectum. Une sonde cannelée ordinaire fut glissée ensuite dans ce même trajet, à l'aide de ce même stylet qui servit de conducteur à la sonde. On confia cette sonde à un aide, et l'on introduisit un gorgeret de bois par l'anus, qu'on fit rencontrer avec la sonde dans le rectum. L'opérateur coupa alors d'un seul trait toutes les parties molles interposées entre ces deux instrumens, à l'aide d'un bistouri pointu, glissé sur la sonde cannelée jusqu'au gorgeret de bois.

Le côté correspondant de l'intestin fut, par conséquent, fendu en entier. On acheva de couper quelques brides restantes dans le fond de la plaie, à l'aide des ciseaux courbes. On pansa, comme on le fait ordinairement dans les fistules anales, avec une mèche dans le rectum. La malade guérit parfaitement.

La jeune femme atteinte de fistule vulvo-rectale, qui s'est présentée à mon observation, était une jeune personne mariée depuis deux ans. Son infirmité présentait à peu près les mêmes caractères que dans le cas qui précède ; seulement ici le stylet explorateur ne pénétrait pas à nu jusque dans le rectum, ainsi que je l'ai déjà remarqué ; mais la cause pro-

ductrice avait été presque analogue dans les deux cas, c'est-à-dire, un froissement local trop brusque. Comme cette seconde malade n'a pas voulu se laisser opérer à l'hôpital de la Charité où elle était, je crois inutile d'insister davantage sur cette observation; je dirai seulement que pour opérer cette dernière fistule, il aurait fallu, d'abord, la rendre parfaite, en perçant l'intestin avec une sonde pointue dans la direction du trajet; ensuite fendre ce trajet comme dans le cas que nous avons décrit.

On voit bien par les détails qui précèdent, qu'il ne faut pas confondre les fistules recto-vaginales proprement dites, avec les fistules vulvo-rectales que nous venons de décrire. Les dernières, en effet, sont toujours guérissables; tandis que les premières sont assez souvent au-dessus des ressources de l'art.

De la compression abdominale dans certains cas d'accouchemens difficiles.

Les chirurgiens anglais ont été les premiers à signaler les avantages qu'on pouvait retirer dans la pratique des accouchemens de la compression forte du ventre de la femme en travail, lorsque, la présentation étant *naturelle*, la matrice n'aurait pas assez de force pour expulser le fœtus. Ayant eu trois fois jusqu'ici l'occasion d'essayer moi-même l'efficacité de ce moyen, je vais consigner ici les résultats de mon observation sur ce point de thérapeutique.

Mais d'abord quels sont les cas qui peuvent réclamer l'emploi de la compression, et quelle est la manière de la mettre en pratique ?

Les accoucheurs savent que beaucoup d'enfans meurent en venant au monde, faute de forces expultrices suffisantes de la part de l'utérus. Cet organe chez de certaines femmes lymphatiques, molles, faibles, participe du caractère atonique de leur constitution. De là, lenteur désagréable, et quelquefois fâcheuse, du travail (malgré le seigle ergoté); de là, épuisement des forces de la mère, et mort assez fréquente de l'enfant; de là aussi des escarres intra-vaginales, des fistules recto et vésico-vaginales, etc. Aussi beaucoup d'accoucheurs ont-ils pour précepte, dans ces cas, d'appliquer le forceps après un certain temps d'attente, quoique l'enfant se présente bien d'ailleurs.

Un moyen qui pourrait donc activer et soutenir les contractions expulsives de la matrice, sans être aucunement préjudiciable à la mère ni à l'enfant, serait une véritable acquisition pour la thérapeutique. La compression abdominale nous paraît remplir parfaitement ce but. Ce moyen nous semble d'autant mieux adoptable que son emploi n'empêche pas l'usage des autres remèdes connus, et surtout du seigle ergoté. On peut très-bien employer la compression conjointement à ce dernier remède. C'est en un mot un auxiliaire de plus à ajouter à ceux que les praticiens connaissent déjà. La compression expulsive pourtant paraît présenter cet avantage sur les autres secours du même genre : c'est qu'on l'a toujours à sa disposition, et qu'on peut s'en servir sans craindre de nuire. Ce moyen thérapeutique n'est point applicable dans tous les cas : il ne convient, nous le répétons, que dans les accouchemens lents et naturels, ceux où le seigle ergoté est indiqué : il peut avec avantage être joint à l'action de cette dernière substance.

Lorsqu'on croit devoir recourir à la compression expulsive de l'utérus, voici comment il faut la pratiquer. On a une grande serviette, ou bien une petite nappe; on la plie en cravate, de la largeur d'un pied et demi à peu près; on en applique le milieu sur le ventre; on croise les chefs sur les reins, et on les confie à deux aides placés aux côtés de la femme, avec prescription de serrer graduellement à chaque douleur, en allant de plus fort en plus fort, et de relâcher aussitôt que la douleur est passée. Pour être réellement utile, la serviette compressive doit être appliquée à la partie supérieure du ballon abdominal de la femme en travail, et de manière qu'en serrant, elle comprime également la matrice de *haut en bas*, à peu près comme une vessie pleine d'eau qu'on viderait en pressant son fond avec une main. Ce précepte est de rigueur pour l'efficacité du moyen.

Il n'est pas difficile maintenant de concevoir quelle doit être la manière d'agir de la compression abdominale. L'instrument compresseur fait ici l'office d'un véritable grand muscle orbiculaire de la paroi abdominale. Ce grand muscle, dont la contraction est soutenue et renforcée à volonté par les mains de deux aides vigoureux, concourt non-seulement à soutenir l'action des autres muscles abdominaux, en les excitant en quelque sorte, mais aussi il ajoute sa force à celle de ces mêmes muscles, et porte directement son action sur le fond et le corps de la matrice. La compression abdominale rend en un mot les contractions expulsives de l'utérus et des organes accessoires plus actives, plus durables et plus fréquentes; elle concourt par conséquent à faciliter certains accouchemens lents et laborieux.

Voici des faits qui nous paraissent assez concluans; ils peuvent être joints à ceux que nous avons publiés dans un autre journal.

Obs. I. Madame Roger, rue Sainte-Hyacinthe-Saint-Honoré, n° 6, âgée de trente-six ans, mère de cinq enfans, d'une grande taille, d'une constitution lymphatique, avait eu ses deux derniers accouchemens fort pénibles bien que naturels; l'un d'eux avait duré six jours, et sa vie avait été en grand danger par la durée du travail. Cette année, au mois de juin 1834, au terme de sa cinquième grossesse, le travail de l'accouchement commence, et, comme les autres, est fort lent. Quand je la vis, le travail existait depuis vingt heures; le col était dilaté comme un verre de montre; les eaux étaient écoulées depuis deux heures; la tête se présentait en première portion. L'accouchement n'avançant pas, les douleurs bienque vraies et fréquentes n'était guère durables, et la femme faisant d'inutiles efforts, j'administrai quatre prises de seigle ergoté de douze grains chaque, à un quart d'heure d'intervalle. Deux heures après, les douleurs étaient un peu plus fréquentes, mais pas plus soutenues; la tête n'avançait pas davantage, et les forces de la femme s'épuisaient. C'est alors qu'après avoir fait reposer la femme pendant une demi-heure afin de lui laisser reprendre ses forces, j'eus recours à la compression abdominale de la manière que j'ai indiquée. Aidant en même temps avec mes doigts la dilatation ou plutôt l'effacement du col utérin et le dégagement de la tête de l'enfant. L'accouchement se fit heureusement en moins de vingt mi-

nutes de compression : l'enfant est vivant, et la mère se porte bien.

Obs. II. Madame Victoire Andry, passage du Grand-Cerf, à Paris, n° 10, âgée de trente-cinq ans, d'une grande taille, d'une constitution lymphatique, bien portante, enceinte pour la seconde fois. La première couche, qui fut heureuse, date de huit ans ; la femme était alors beaucoup plus forte qu'à présent. Le 19 septembre 1834, enceinte à terme, les douleurs expulsives se déclarèrent. Au bout de douze heures le col était dilaté de deux bons pouces, la poche des eaux déjà formée ; et l'on reconnaissait la présentation de la tête. L'accouchement paraît prêt à se faire ; cependant une nuit entière se passe dans cet état. Le lendemain, vingt-quatre heures après le commencement du travail, il n'existe aucun changement ; les douleurs, quoique vraies, sont rares et légères. Trois doses successives de seigle ergoté, comme dans le cas précédent, rendent des douleurs plus fréquentes et plus fortes, mais elles sont peu durables. Deux heures après, on donne trois autres doses du médicament sans aucun effet ; la tête n'avance point de l'excavation où elle se trouve en seconde position : le col cependant est un peu plus large. Deux heures plus tard (vingt-huit à trente heures de travail), voyant que le travail n'avançait nullement et que les forces de la femme s'épuisaient, je rompis la poche des eaux avec mes ongles ; je mis en action le bandage compressif de l'abdomen, et j'aidai avec mes doigts la dilatation du col utérin et le dégagement de la tête : l'accouchement s'accomplit en peu d'instans. L'enfant était un très-gros garçon à l'état apoplectique, et donnant à peine des signes de vie : une petite saignée par le cordon sembla le ranimer, mais il mourut deux heures après sa naissance. J'aurais peut-être eu le bonheur de sauver la vie à cet enfant, si j'avais eu plus tôt recours au moyen thérapeutique que je vous recommande dans cet article. E. G.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Note sur un sirop de rhubarbe préparé avec le suc extrait des pétioles des feuilles.

M. Loiseleur Deslonchamps ayant, dans l'une des séances de l'Académie royale de médecine, présenté les feuilles du *rheum australe* de Don, le *rheum enodi* de Wallich, cultivé en France, en exprimant le désir qu'il fût fait un sirop avec le suc extrait des pétioles, nous avons dû répondre à ce désir. Voici les expériences que nous avons faites à ce sujet.

Une seule feuille du *rheum australe*, qui pesait quatre cent seize grammes, fut privée de toute la partie charnue, de manière à isoler le pétiole et ses ramifications qui contenaient un suc acide ; cette partie séparée de la feuille pesait trois cent vingt grammes ; elle fut contusée dans un mortier de bois, puis portée sous une petite presse. Le suc obtenu par ces opérations était trouble ; il fut d'abord passé à travers un linge pour séparer les matières les plus grossières, puis laissé en repos pendant plusieurs jours et filtré. Le suc filtré pesait deux cent soixante-six grammes ; il fut employé à faire un sirop en agissant de la manière suivante.

Les deux cent soixante-six grammes de suc filtré furent introduits dans un matras ; on y ajouta cinq cent vingt-cinq grammes de sucre blanc pulvérisé, on chauffa ensuite le matras au bain-marie, et la chaleur fut continuée jusqu'à ce que le sucre fût parfaitement fondu et converti en sirop, à la partie supérieure duquel on apercevait une pellicule blanche. Ce sirop, ainsi fait, fut passé à travers une étamine : il était transparent ; mais après le refroidissement, on remarqua qu'il y avait formation d'un précipité blanc pulvérulent. Ce précipité étant formé, il fut isolé du sirop lavé, puis examiné. On reconnut qu'il était formé d'oxalate de chaux provenant, soit du suc de rheum, soit du sucre employé pour faire le sirop, soit de l'un et de l'autre.

Le sirop qui avait été débarrassé de ce précipité était clair, transparent, d'une belle couleur jaune ambrée. Son goût était légèrement acide et très-agréable ; ce goût avait la plus grande analogie avec le sirop préparé avec la pomme dite *de Reinette*.

Le sirop de suc de rhubarbe, qu'on ne doit point confondre avec le sirop de rhubarbe préparé avec la racine, peut être rangé parmi les sirops considérés comme rafraîchissans. Mêlé à l'eau, on peut s'en servir contre la soif : il peut entrer dans des potions acides, etc.

Quelques essais que nous avons faits depuis nous ont démontré que l'on peut préparer le sirop de suc de rhubarbe, non-seulement avec le suc des pétioles du *rheum australe*, mais encore avec le suc extrait des pétioles des *rheum compactum undulatum et palmatum* (1).

Le sirop de suc de rhubarbe doit son agréable acidité à l'oxalate acidule de potasse ; l'acide de ce sel fut signalé il y a quelques années par Henderson comme un acide nouveau ; mais les travaux de notre collègue, M. Lassaigne firent voir que *l'acide rhéumique* d'Henderson n'était autre chose que *l'acide oxalique*.

L'oxalate acidule de potasse, qui donne de l'acidité au sirop de suc de rhubarbe, était autrefois très-employé en médecine ; on le donnait comme *rafraîchissant, tempérant, astringent*. Il faisait la base des pastilles dites *de citron, pour apaiser la soif*, décrites dans Baumé, et de diverses limonades sèches, etc. C'est à ce sel qu'est due l'acidité des berberis, des oxalis, etc. Si le sirop de suc de rhubarbe était employé comme sirop rafraîchissant, on pourrait facilement se procurer le suc destiné à sa confection. En effet, la rhubarbe peut être cultivée en France, ainsi que l'ont démontré les essais faits à la Verberie, près Sceaux (2).

---

(1) Le *rheum australe*, qui diffère du *rheum undulatum compactum et palmatum*, a été décrit dans le *British flover garden* de Swcet, cahier de septembre 1828. Il a été cultivé en Angleterre et a fourni des graines à M. Humbert.

(2) On pourrait extraire l'oxalate acidule de potasse du suc fourni par les pétioles de la rhubarbe, en suivant le procédé donné par Bayen. Des essais faits par nous, il y a plus de dix ans, sur les feuilles de rhubarbe cultivées à l'école

Les pétioles du *rheum australe* et ceux des autres rhubarbes sont employés, en Angleterre, dans les usages alimentaires ; on les fait entrer dans des préparations culinaires ; elles ont un goût agréable.

A. CHEVALLIER.

N° DU 30.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Des crises et de leur valeur thérapeutique.

Les crises appartiennent à cette série de phénomènes naturels qu'on met sur le compte des efforts médicateurs de l'organisme. A parler même à la rigueur, tous les efforts médicateurs rentreraient dans la classe des crises, puisqu'ils tendent au même but, si, de bonne heure, l'on n'avait restreint le sens de leur idée de manière à n'exprimer exclusivement que l'appareil des mouvemens curatifs spontanés qui coïncident avec la terminaison bonne ou mauvaise de nos maladies. C'est ainsi qu'on ne doit appeler du nom de crises que cet ordre de phénomènes médicateurs dont l'apparition à la fin d'une maladie les fait regarder avec raison comme la solution ou le jugement définitif des troubles de l'économie.

Mais est-il vrai qu'il existe des crises ? Cette question, adressée aux médecins de l'antiquité, les avait fait sourire autant que souriraient les médecins de nos jours à la question : S'il existe un état inflammatoire ? Aujourd'hui cependant ce doute est permis, depuis que le corps vivant, grace au crédit du système anatomique, n'a été étudié que sur le cadavre, et que les maladies n'ont été appréciées et traitées que d'après les seules inspirations de l'anatomie pathologique. Sans entrer dans une discussion qui n'est pas de la compétence de ce journal, contentons-nous d'un seul fait en preuve de leur réalité. Ce fait est celui de la formation des cicatrices.

Personne ne peut nier qu'à la suite des violences extérieures avec perte de substances, pour choisir l'exemple le plus frappant, un mouvement réactionnaire local ou général ne surgisse du sein des parties intéressées. Ce tumulte, bien évident ici, où la nature opère sous les yeux de tous, est la manifestation extérieure du trouble dont se composent toutes les maladies. Sous l'appareil des phénomènes locaux que nous venons de présenter, un tissu spécial se forme peu à peu. Ce tissu, quelle que soit la source d'où il provienne, recouvre insensiblement les organes mis à nu, ramène dans tous les sens leurs parties divisées, les rétablit, en un mot, dans leur primitive intégrité. Ce travail réparateur est une œuvre critique. Sans doute la nature ne procède pas partout avec le même avantage ni de la même manière, puisque les conditions de son action ne sont pas égales ; mais dans tout cet état morbide on rencontre plus ou moins les mêmes efforts, quoiqu'ils manquent trop souvent leur but. C'est sur le fait de la présence constante de ces efforts naturels de solution, toutes les fois que la santé se trouve compromise, que nous appuyons la certitude des crises.

Une autre série de questions est celle qui sont relatives à la manière dont elles s'accomplissent, à l'époque des maladies où elles se déclarent, enfin à leur issue définitive. C'est ici que nous trouvons une foule de sentimens contraires qui feraient douter du fait lui-même, si nous ne savions pas qu'un fait bien démontré ne peut cesser d'être vrai, parce qu'il est mal vu ou exposé à des interprétations contradictoires. Disons un mot de ces diverses interprétations, avant d'aborder à cet égard l'expression franche de la nature.

Les auteurs, comme Hippocrate et Gallien, expliquaient les crises en admettant dans les humeurs un mouvement intestin assimilateur, par lequel le vice qu'elles avaient contracté était subjugué et réduit à une condition inoffensive. Cette espèce de fermentation spontanée avait pour résultat l'élimination de certains produits, parmi lesquels se trouvait la matière morbifique. Aux yeux de ces médecins, une lutte s'établissait entre les élémens conservateurs de l'économie et les principes morbifiques. Cette lutte, renfermée dans une durée déterminée, pouvait se terminer par la mort, ou par le retour plus ou moins sincère à la santé, suivant que la victoire était plus ou moins complète, et qu'elle restait à la maladie ou à la nature conservatrice. Aujourd'hui, comme chez les anciens, beaucoup d'hommes de mérite nient le travail humoral qui précède les crises ; un plus grand nombre refusent d'admettre les jours critiques ; enfin tous les modernes sont convenus généralement de n'accepter pour crises que les changemens notables et heureux survenus dans les maladies. Voyons ce qu'il faut croire de ces diverses opinions et de quelle utilité elles peuvent être dans la pratique.

L'erreur de la plupart des partisans des crises consiste à ajouter au fait incontestable de la participation de l'organisme au travail curatif des maladies, l'hypothèse d'une force supérieure à laquelle ils laissent l'honneur de la guérison. Il résulte de là que ces médecins, pleins de confiance dans les ressources de la nature, abandonnent trop légèrement le soin d'arrêter les progrès du mal, et se ferment les voies à l'application des moyens les plus efficaces.

Les jours critiques ont excité plus de débats que l'existence des crises. On sait tout le prix que les hippocratistes attachent au septième, quatorzième et vingtième jour, ces jours étant réputés critiques par excellence. Le quatrième, le onzième, et dix-septième, pendant lesquels se font aussi les crises, ou qui servent à les indiquer, jouissent à un plus faible degré de la même faveur. Les jours intermédiaires, appelés jours vides, ne sont marqués par aucune crise ni par aucun effort critique. Ces jours sont consacrés exclusivement à préparer les phénomènes des jours critiques et indicateurs, et si, par accident, ils donnent lieu à des crises, elles sont généralement malheureuses, ou du moins incomplètes : c'est ce que Galien a voulu exprimer en comparant le septième jour du cours des maladies à un bon roi, et le sixième à un tyran. La doctrine des jours critiques est en-

---

de pharmacie de Paris, nous portent à croire que ces feuilles contiennent ce sel en assez grande quantité pour que le travail soit fructueux.

tachée de ces mêmes exagérations que la doctrine générale des crises. Pour le prouver, il suffit de se rappeler que, d'après Hippocrate même, on voit les crises arriver à toutes les époques de la maladie. Et d'ailleurs qui ne sait, par exemple, qu'une fièvre intermittente est jugée partiellement au moins à chaque accès? Combien de fois les inflammations sont jugées à leur tour par une hémorrhagie presque aussitôt qu'elles viennent de se former. Une sueur générale copieuse dans les fièvres catarrhales, des vomissemens spontanés dans les fièvres gastriques ne font-elles pas aussi avorter ces maladies sans acception de jour et dès le commencement de leur invasion? Enfin, toutes les solutions critiques peuvent varier et varient en effet suivant l'opportunité des traitemens et les circonstances qui accélèrent ou retardent le progrès des maladies. Tous ces faits prouvent que la régularité assignée aux jours critiques n'est pas absolue, et qu'au lieu de se croiser les bras au lit du malade, en attendant le moment de l'entrée d'une crise, le médecin doit veiller sans cesse sur la marche de la maladie et user sans délai de toutes les ressources de l'art, à moins toutefois que le bon état des forces ne lui laisse le droit de compter sur une bonne et prompte terminaison.

Les réflexions précédentes ne tendent pas, il s'en faut de beaucoup, à faire rejeter la doctrine des jours critiques. Si l'on considère l'ordre avec lequel se succèdent les phénomènes pathologiques, la fidélité des traits sous lesquels ils sont reproduits, sauf les modifications qu'ils empruntent aux circonstances, la disposition périodique qu'ils affectent dans leur retour, il sera difficile de nier qu'ils ne s'assujettissent pas à une durée déterminée, et qu'ils n'aient pas en conséquence une certaine fixité dans l'époque de leurs terminaisons. La seule chose que nous sommes autorisés à contester, c'est la sévère précision que la doctrine hippocratique ou ses adhérens cherchent à introduire dans un sujet essentiellement mobile et rebelle à toute règle numérique rigoureuse.

Voici, à cet égard, ce que l'expérience a sanctionné. Un, deux ou quatre septénaires sont la durée ordinaire des maladies aiguës. Passé ce temps, la violence des symptômes s'apaise et leur cours se ralentit. C'est alors qu'elles commencent une autre carrière et revêtent les attributs des affections chroniques; mais entre les deux extrêmes de cet intervalle, elles se terminent indistinctement à un jour ou à un autre, et plus tôt ou plus tard, suivant le degré d'activité de leur cause, les conditions variables des sujets affectés, les avantages de la méthode thérapeutique. Qu'on juge maintenant de la valeur des conseils tant répétés de s'abstenir de l'emploi des médicamens actifs à l'approche des jours de crise, comme si les crises étaient une œuvre extemporanée, résultant du travail d'un jour, et qu'elles ne fussent pas au contraire le produit de tous les efforts réunis du corps vivant et de l'art, pendant la durée entière de la maladie.

Ce que nous devons penser des évacuations critiques complètera l'idée que nous essayons de donner de la doctrine des crises. Les galenistes, qui ne voyaient dans les crises qu'un appareil de phénomènes ayant pour objet une élaboration humorale, avaient raison de tant insister sur les qualités des évacuations critiques. Ils s'imaginaient retrouver, au milieu des matières éliminées, l'humeur peccante à laquelle appartenaient tous les phénomènes pathologiques. Aussi ne voyaient-ils nulle part les traits d'une crise légitime, tant que des excrétions d'une nature particulière ne les avaient pas justifiées : de là les soins minutieux qu'ils mettaient à décrire ces matières, et les transes qu'ils éprouvaient jusqu'au moment où tous ces caractères leur paraissaient réunis. Pour nous, qui ne pouvons reconnaître dans les crises le fruit d'un travail purement humoral, mais qui les regardons comme le résultat complexe d'une opération à laquelle concourent simultanément et les fluides et les solides, et toutes les forces de l'organisme, nous sommes moins préoccupés de la présence et des caractères physiques ou chimiques, des excrétions critiques. Il suffit qu'à la suite d'une maladie le bien-être se prononce, pour nous faire juger qu'il y a eu crise. Celle-ci sera bonne ou mauvaise, quelle que soit la quantité et la qualité de l'humeur évacuée, suivant que le rétablissement sera plus ou moins complet; ce qui ne veut pas dire que nous nions l'existence des évacuations dites critiques. Seulement, au lieu de les regarder comme la cause du retour de la santé, elles n'en sont généralement à nos yeux que l'effet. Nous en tenons compte comme les partisans de la doctrine humorale, sinon pour appuyer sur leur présence toute seule la garantie de la terminaison de la maladie, au moins pour multiplier les témoignages de cette solution et fortifier les preuves de la solidité de la guérison.

En réduisant aux termes que nous venons de développer la doctrine des crises, nous nous déclarons partisans de cette doctrine : nous allons plus loin, et nous disons qu'elle s'applique sans distinction à toutes les maladies, qu'elles soient aiguës ou chroniques, générales ou locales. La raison, c'est que les crises font partie des efforts médicateurs de l'organisme, et qu'il n'est pas possible qu'il existe un seul phénomène pathologique, sans que cette action médicatrice ne soit mise en jeu. La part que prennent les crises à ces diverses maladies est réglée par le degré d'énergie de la cause morbide, par la puissance de réaction des sujets malades, et par le choix plus ou moins heureux du traitement curatif. Sous ce rapport, on comptera peu sur l'arrivée des crises dans les maladies qui frappent mortellement l'économie dès leur principe. Telles sont les épidémies meurtrières, et le choléra en particulier, où, malgré l'attention la plus suivie, on n'a pu saisir aucun effort critique, excepté lorsque l'épidémie touchait à son déclin, ou qu'elle avait commencé à rétrograder. Les maladies de ce genre attendent tout des ressources de la médecine : c'est peut-être pour cela qu'elles offrent si peu de cas heureux.

Les affections les mieux placées, à l'égard de l'observation des crises, sont celles dans lesquelles les malades conservent, malgré l'impression de la maladie, toute leur puissance de réaction. Telles sont les maladies inflammatoires, et plus généralement les maladies aiguës, quand leur nature n'est pas trop grave. Ces espèces pathologiques ne peuvent se passer de l'intervention de l'art? L'attention du médecin doit se partager entre l'étude consciencieuse de tous les phénomènes qui indiquent la route que la nature s'ouvre pour triompher de la maladie, et le soin de trouver la méthode la plus propre à la seconder. Une dernière classe d'affections comprend toutes les maladies chroniques, ou encore les ma-

ladies aiguës qui atteignent les sujets faibles ou usés. Ici la réaction est toujours mal assurée, et ne suscite tout au plus que des crises partielles et incomplètes. Ces maladies sont plus difficiles, mais elles ne sont pas comme les premières au-dessus des ressources de l'art. Le point délicat consiste à se servir du peu de force qu'il reste à de tels malades, en les ménageant de manière à atteindre la fin d'une maladie de long cours. On voit par ces exemples que les crises sont le point de mire continuel du médecin, et que dans toutes les maladies, elles sont la base des indications de la pratique et le seul mobile de l'efficacité des moyens curatifs.

FUSTER.

De la limitation de l'érysipèle idiopathique par la cautérisation.

Nous ne savons rien qui dans aucun temps ait été un obstacle plus grand aux progrès de la thérapeutique, que l'habitude à laquelle inclinent la plupart des observateurs de conclure de quelques succès ou insuccès partiels, à l'efficacité, ou à l'inefficacité absolue d'un médicament : si tous les jours nous voyons des médicamens prônés aujourd'hui, et frappés dès le lendemain d'une vieillesse prématurée, nous savons à ce triomphe et à cette chute successifs plus d'une raison très-légitime; mais nous sommes bien convaincu qu'au milieu de ce chaos de moyens vantés et rejetés tour à tour, il en est un certain nombre qui méritent de trouver place dans la matière médicale, parce qu'ils sont d'une heureuse application dans la pratique; nous n'ignorons pas que c'est une chose fort difficile que de poser nettement les cas où tel agent thérapeutique agit efficacement, et ceux où on lui demanderait vainement de modifier l'organisme malade; si l'organisme était aussi simple que le font les théories, si toutes les maladies étaient le cadavre vivant; les investigations laborieuses des temps modernes eussent introduit dans la thérapeutique une simplicité qui bientôt placerait notre science au nombre des sciences positives : mais il n'en est point comme les théories le supposent; là où les données fournies par le scalpel conduisent à établir, qu'il y a identité, la variabilité de l'action de nos agens modificateurs, témoigne que cette identité n'est qu'apparente; que sous ces lésions de nature identique peut-être, il y a des forces dont les modifications nous échappent. C'est le problème aux mille inconnus de la vie, qui surgit partout et à propos de tout. Dans cet état de choses, quand nous voulons formuler l'action de quelque agent thérapeutique, qu'avons-nous à faire? La nécessité imposée; c'est de bien définir l'état morbide auquel cette action s'applique. On a fait dans ces derniers temps à la médecine le reproche d'être trop descriptive, et pas assez dogmatique; ce reproche n'est point fondé; c'est imputer à crime à la science sa soumission à une nécessité à laquelle elle ne peut se soustraire sans dommage pour ses progrès ultérieurs. Mais voilà assez de généralités, arrivons au sujet de cet article.

Nous voulons appeler ici l'attention des praticiens sur l'influence de la cautérisation dans l'érysipèle. Ce moyen n'est point tout-à-fait nouveau; déjà M. Biett, il y a quelques années, y a eu recours à l'hôpital Saint-Louis : bien que dans plusieurs cas cette cautérisation ait paru évidemment suspendre les progrès du mal, les essais auxquels cet habile thérapeutiste s'est livré à cet égard, ont été abandonnés : quelques médecins ont à leur tour expérimenté le même moyen, mais n'ont point publié les résultats auxquels ils sont parvenus.

Nous croyons que les faits que nous avons par devers nous sont si tranchés, qu'ils ne permettent de conserver aucun doute sur l'efficacité de ces cautérisations, c'est pourquoi nous croyons devoir consacrer quelques pages à la détermination de l'influence de cette médication.

Le premier cas dans lequel nous ayons vu employer ce moyen est relatif à une jeune fille qui était couchée dans une des salles de M. Chomel, à l'hôtel-Dieu : le siége de l'érysipèle était la face; il s'était développé sans cause appréciable, et avait d'ailleurs surpris la malade dans un état parfait de santé. Le mal existait depuis trois jours : toute la peau de la face était rouge, tuméfiée, tendue, quelques phlyctènes étaient disséminées çà et là; les yeux étaient complétement clos par l'engorgement du tissu cellulaire sous-palpébral. Le jour où l'on crut devoir tenter la cautérisation, dans la vue de limiter l'érysipèle, il y avait eu progrès évident du mal, il s'était étendu au front; et s'avançant plus que la veille vers l'angle de la mâchoire, il menaçait de s'étendre jusqu'aux oreilles. Si nous ajoutons qu'aux limites du mal, surtout au front, la peau formait comme une sorte de bourrelet assez saillant (1), d'un rouge intense, qui établissait de suite une ligne de démarcation bien nette entre la peau malade et le reste de cette membrane demeuré sain, on ne pourra guère douter que la cause de la maladie n'avait point épuisé son action, et que celle-ci était encore en pleine voie du progrès. Or, la cautérisation ayant été employée dans cet état de choses, quel résultat a-t-elle produit? Dès le lendemain du jour où cette opération avait été pratiquée, l'érysipèle avait brusquement suspendu sa marche : au-delà des points cautérisés, la peau, observée avec la plus grande attention, nous parut dans les conditions les plus normales; le surlendemain, le mal n'avait point fait plus de progrès, et bientôt la malade eut recouvré sa santé. Dans le même temps, et dans les salles du même médecin, nous avons eu occasion de voir quelques autres cas, où la même médication a été employée, et avec un succès non moins complet; mais dans ces divers cas, la maladie datait déjà d'un plus long temps; les limites du mal n'étaient point d'ailleurs assez nettement déterminées, pour qu'on en pût rigoureusement conclure que la cautérisation a empêché l'extension de la maladie; nous ne nous arrêterons point conséquemment sur ces cas divers, et nous nous bornerons à les signaler.

Il n'en est point de même du fait suivant, d'après lequel l'influence heureuse de la cautérisation nous semble pouvoir être établie d'une manière incontestable : il s'agit encore ici

---

(1) Ce caractère de l'inflammation érysipélateuse a été considéré par beaucoup d'auteurs comme indiquant une tendance à la limitation spontanée. Nous croyons, d'après des faits assez nombreux, qu'il y a eu là erreur.

d'une jeune fille, que nous avons eu occasion de voir dans les environs de Paris : pauvre et chétive, cette enfant, âgée de dix ou douze ans, s'était nourrie, quelques jours avant que la maladie ne se développât, avec du poisson peu frais; dès le lendemain elle avait senti son appétit diminuer : trois jours plus tard, l'érysipèle avait commencé à paraître; la veille du jour où nous vîmes cette malade, il y avait beaucoup de malaise, la nuit, beaucoup d'agitation, peut-être un peu de trouble dans les idées : l'érysipèle ici encore siégeait à la face; un seul côté de celle-ci était pris; le front était en grande partie envahi; le progrès se faisant comme cela a lieu le plus souvent de bas en haut, nous dûmes craindre l'extension du mal au cuir chevelu; l'agitation qui déjà avait eu lieu la nuit, devait nous faire regarder comme probable l'apparition du délire, si la maladie ne se bornait point, et nous commandait par conséquent d'essayer de la limiter; nous eûmes donc recours au nitrate d'argent, avec lequel nous circonscrivîmes exactement le champ de l'inflammation. Notre espérance ne fut point déçue; quand le lendemain nous revîmes la petite malade, elle nous dit avoir peu reposé la nuit; mais la maladie était bornée, le cuir chevelu, palpé dans toute son étendue, ne nous présenta aucune tension, aucune sensibilité anormale. La nuit suivante fut calme, et bientôt nous apprîmes que l'enfant était complétement guérie, ne conservant plus de son mal qu'une traînée noire sur le front, qui a dû bientôt disparaître.

Quand on songe que la disparition brusque d'un érysipèle a été suivie dans plus d'un cas du développement de cet ensemble de symptômes qu'on désigne vaguement sous le nom de fièvre cérébrale, on est autorisé à se demander, en face du fait que nous venons de rapporter, s'il ne se pourrait pas qu'en limitant aussi brusquement l'extension d'un érysipèle dont l'action n'est point épuisée, on déterminât, par l'application de cette médication intempestive, l'apparition d'accidens graves. Cette question peut certainement bien être posée; mais, comme on le voit, les faits ne semblent point devoir conduire à une solution affirmative. Voyez, en effet, la jeune malade dont nous venons de parler; quand nous la cautérisâmes, la maladie était en pleine marche; le jour, mais surtout la nuit, le système nerveux avait donné des signes d'une excitation évidente; l'érysipèle est arrêté brusquement; et pourtant l'imminence morbide que nous venons de signaler du côté du cerveau ne produit rien, disparaît. Du reste, au milieu des divers essais auxquels différens praticiens se sont livrés à propos de ce mode de traitement, nous n'avons pas vu rapporter un seul fait qui tendît à établir la réalité de ce danger, et il n'est pas douteux que, si quelque cas semblable se fût présenté, on ne se fût empressé de le signaler.

Un dernier fait qui nous reste à esquisser rapidement, nous montrant un érysipèle continuant sa marche sous nos yeux tant que nous nous bornons à la médecine expectante, et s'arrêtant tout à coup le jour où, comme un cordon sanitaire, une traînée de nitrate d'argent marque la limite de la peau saine et de la peau malade; ce fait, disons-nous, dissipant tous les doutes que l'on pourrait conserver sur la puissance du moyen dont il s'agit, ne peut manquer de rappeler l'attention du praticien sur un mode de médication facile, et qui d'ailleurs promet des résultats si heureux. Le malade qui nous a présenté ce cas, du nom d'Avalle, âgé de trente-deux ans, ouvrier en peignes, à Paris, était couché, le 2 mai 1834, au n° 23 de la salle Saint-Léon, une des salles de M. le professeur Andral. Atteint d'une gastrite chronique, c'est durant le cours de cette maladie qu'un érysipèle se développa chez cet individu; le tronc est le siége de cet érysipèle. Le premier jour de son apparition, c'est une zone d'un rouge intense, uniforme, de quatre pouces de largeur, qui se développe à deux travers de doigt au-dessus du nombril, et va en s'étendant entre deux lignes mathématiques depuis le sternum jusqu'à la colonne vertébrale en arrière : point de phlyctène, aucune démangeaison; le pouls est plein et fréquent : le malade est mis à la diète; aucune médication n'est employée pendant sept jours. Cependant nous notons chaque jour une extension continue du mal : ce progrès se fait constamment de bas en haut, et toujours suivant une ligne circulaire uniforme, qui embrasse d'abord la moitié, puis les trois quarts de la surface du tronc. Le septième jour de cette extension continue, l'érysipèle est arrivé à la base du col et au sommet de la poitrine, le long de laquelle il règne, et va finir de chaque côté à la hauteur des apophyses acromiales. A voir la marche incessante du mal, on ne peut guère douter que le progrès ne doive continuer du septième au huitième jour, comme il a fait jusque là, si quelque médication ne vient l'arrêter. C'est après avoir ainsi amassé tous les élémens d'un jugement aussi certain qu'il peut l'être en thérapeutique, que M. Andral a recours à la cautérisation : celle-ci est pratiquée sur les limites du mal; le 9, point d'extension; le 10, point davantage; le 11, toute rougeur a disparu.

Voilà certainement un cas où l'on ne peut révoquer en doute l'influence qu'a eue la cautérisation pour empêcher la propagation si opiniâtrément continue d'un érysipèle; et, à moins d'être de la classe de ces médecins sceptiques qui ne voient partout que de fortuites coïncidences, que des jeux du hasard au profit duquel sont escamotés tous les résultats obtenus par la thérapeutique, nous ne voyons pas que l'on puisse nier qu'il n'y ait ici un rapport de causalité entre la modification de la peau par le nitrate d'argent et l'immunité de cette membrane, là où cette modification a eu lieu.

Par le scepticisme qui court, la qualité des faits, si l'on peut ainsi dire, vaut mieux en thérapeutique que leur quantité. Nous n'en rapporterons point davantage. Qu'il nous suffise d'avoir rappelé les précédens; nous les avons choisis comme étant dès plus propres à mettre en évidence l'action de la cautérisation.

Nous aurions maintenant à indiquer la manière dont se pratique cette cautérisation; mais c'est là une opération si facile, que, quand nous aurons dit qu'elle doit être faite sur la peau saine, dans l'étendue d'un demi-pouce et sur les limites de la ligne érysipélateuse, nous aurons appris à nos lecteurs tout ce qu'il faut savoir pour employer ce moyen.

Que conclurons-nous de cet article? Nous ne croyons pas qu'on puisse, après avoir été témoin de faits aussi nets, aussi tranchés que ceux que nous venons de rapporter, révoquer en doute l'efficacité de la cautérisation pour suspendre la marche de l'érysipèle. Mais est-ce à dire que, dans tous les cas, cette cautérisation doive être suivie de succès? Il n'est guère de science aujourd'hui où l'on ose risquer un

jugement absolue ; s'il en est quelques-unes qui puissent prétendre à se dérober à cette loi générale, ce n'est certainement point la thérapeutique. Nous sommes donc loin de vouloir établir ici que ce moyen, que nous croyons bon et utile, le soit dans tous les cas. En considérant même que les habiles expérimentateurs qui l'ont d'abord essayé l'ont à peu près abandonné, nous sommes porté à croire que, dans plus d'un cas, il doit échouer ; mais cela n'empêche point qu'il puisse être utile. Plus on voit de faits, et plus on s'aperçoit de la faiblesse des liens théoriques par lesquels on essaie de les systématiser, et plus l'on voit qu'en thérapeutique surtout les individualités à caractères distincts sont nombreuses. Nous pensons donc que la cautérisation est un moyen auquel on doit avoir recours, quand il s'agit de limiter un érysipèle qui menace de s'étendre à des parties où il peut devenir dangereux, comme au cuir-chevelu, ou bien qui a une marche longue et indéfinie, comme s'il existait une sorte de diathèse érysipélateuse ; mais tout en indiquant ce moyen comme utile en cas pareil, nous sommes loin de prétendre qu'il doive réussir toujours. S'il nous était permis de chercher à préciser les cas où l'efficacité de la cautérisation est probable, nous dirions que ce sont surtout ceux où, comme l'on dit, l'érysipèle est spontané. Dans l'érysipèle symptomatique, soit d'un embarras bilieux des premières voies, soit d'une plaie, soit d'une maladie grave, quand les malades sont *in ultimo momento*, il y a moins de chance pour le succès ; il n'est pas besoin de dire d'ailleurs que, dans ces derniers cas, c'est à la cause du mal surtout qu'il faut s'attaquer spécialement. Nous venons, par exemple, de voir succomber dans les salles de M. le professeur Andral une femme atteinte depuis long-temps d'une maladie cérébrale, et qui, dans les derniers temps de sa vie, s'est vue frappée d'un érysipèle extrêmement étendu, qu'on a vainement cherché à limiter à la partie inférieure du dos par des bandes vésicantes à un bras par un bracelet de taffetas d'Angleterre, et au sommet et aux parties latérales du thorax par la cautérisation au moyen du nitrate d'argent. Toutes ces barrières ont été impuissantes pour empêcher l'extension du mal, et la malade a fini par succomber au milieu du coma, après avoir présenté un délire dont une aussi large inflammation rendait bien suffisamment compte : ce cas était doublement défavorable à l'efficacité de la cautérisation ; le développement de l'érysipèle était commandé ici par deux conditions fâcheuses, un cautère à la nuque et une maladie chronique qui avait débilité la malade.

MAX. SIMON.

THERAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Coup d'œil sur le catarrhe de la vessie et son traitement, par M. CIVIALE.

Vous désirez, mon cher confrère, que je vous donne un article sur le catarrhe vésical ; je serai toujours flatté de faire quelque chose qui puisse intéresser les lecteurs de votre estimable journal ; mais l'affection catarrhale, étant si étroitement liée à d'autres états morbides dont elle dépend qu'il ne me paraît pas rationnel de la considérer comme une maladie spéciale, je vous propose une série d'observations sur les principaux états morbides des organes génito-urinaires qui se compliquent de catarrhe vésical, et je commence ici par l'affection calculeuse.

Le fait suivant, que je viens de communiquer à l'Académie de médecine, est un de ceux dans lesquels le catarrhe avait atteint le plus haut degré d'intensité, tant sous l'influence de la pierre que par suite de plusieurs opérations successives. Il présente d'ailleurs des particularités dignes de fixer l'attention des praticiens.

M. Oudet, chirurgien herniaire des Invalides, souffrait depuis quelques temps de la pierre, lorsqu'il réclama mes soins, en 1826. Sa vessie contenait un calcul d'acide urique très-consistant, dont la destruction exigea trois séances que l'irritabilité du sujet rendit fort douloureuses. Cependant M. Oudet guérit, et, le 10 novembre suivant, il rédige lui-même l'histoire de sa maladie et de l'opération qu'elle avait nécessitée.

Quelque temps après les douleurs reparurent ; leur marche fut progressive. On soupçonna l'existence d'une pierre, et le cathétérisme changea cette conjecture en certitude. Une nouvelle opération étant donc devenue nécessaire, plusieurs petits calculs furent extraits par la taille hypogastrique, le 20 juin 1827. La formation de ces nouveaux calculs fut présentée comme une conséquence naturelle de la nouvelle opération, comme une preuve que la guérison n'était jamais complète. Cet événement avait d'autant plus de poids dans les mains des adversaires de la lithotritie, qu'il appuyait merveilleusement l'accusation portée, dès l'origine, contre cette méthode, de laisser dans la vessie des fragmens de calcul qui devaient servir de noyau à autant de pierres nouvelles. Depuis lors, ses détracteurs n'ont cessé de reproduire le fait relatif à M. Oudet, à l'appui de la même théorie. En vain opposa-t-on un grand nombre de faits contraires, constatant que, plus d'une fois, après l'emploi d'autres procédés, la pierre s'est reproduite, dans un laps de temps même moins long ; en vain fut-il établi par les aveux publics de M. Oudet lui-même, que, pendant plusieurs mois après l'opération, il avait joui d'une santé parfaite ; l'impression fâcheuse produite par cette circonstance n'est pas moins demeurée dans quelques esprits. Il est donc nécessaire de l'effacer, et le meilleur moyen d'y parvenir est de communiquer les suites de l'histoire de M. Oudet.

Quelques mois après avoir subi la taille, le malade éprouva de nouveaux accidens. Les douleurs qu'il ressentit furent attribuées d'abord à un catarrhe vésical et au passage de l'urine par une fistule hypogastrique qui avait été la suite de l'opération. Pendant long-temps on employa les moyens usités en pareil cas ; mais les douleurs allèrent toujours en augmentant et finirent par prendre un caractère qui ne permit plus d'en méconnaître la véritable cause. Pour la troisième fois, la vessie contenait une pierre dont l'existence fut reconnue par le cathétérisme. Il devint donc indispensable de recourir à une troisième opération ; ce fut encore la cystotomie sus-pubienne que l'on choisit ; elle devait, assurait-on, délivrer

le malade de la pierre et de la fistule. L'opération fut pratiquée, le 23 décembre 1828.

La première taille avait eu beaucoup d'éclat et tous les organes de la publicité célébrèrent à l'envi ce triomphe de la cystotomie, qui venait de réparer l'un des désastres causés par la nouvelle méthode. La seconde opération, au contraire, se fit en silence ; il ne fallait pas ébruiter une circonstance qui venait de renverser tout ce qu'on avait dit contre l'art de broyer la pierre, puisqu'elle mettait hors de doute qu'on s'était trop hâté de conclure d'un fait dont la portée n'était pas celle qu'on avait voulu lui donner. Cette seconde opération de taille présente surtout de l'intérêt, à raison des accidens qui l'ont suivie. On pensait qu'elle débarrasserait le malade de la pierre et de la fistule ; mais, au lieu d'une seule fistule, il en eut cinq : l'une, occupant le lieu de l'incision, les quatre autres, s'ouvrant dans les plis de l'aine et le scrotum, et toutes donnant passage à une certaine quantité d'urine. Le catarrhe vésical fut aggravé aussi ; sous son influence, et surtout par l'effet du passage de l'urine à travers les tissus qui ne sont pas destinés à la recevoir, la santé générale se détériora d'une manière effrayante. La pierre se reproduisit une quatrième fois. L'urètre, qui avait cessé de livrer passage à l'urine, se rétrécit, et devint d'une irritabilité excessive. Des lésions profondes survinrent à la prostate et au col de la vessie.

Telle était la triste situation de M. Oudet, lorsqu'il réclama de nouveau mes soins l'année dernière. Le pronostic était d'autant plus fâcheux, qu'il y avait impossibilité de remplir sur-le-champ plusieurs indications urgentes. Les douleurs de la pierre étaient atroces, et l'on devait craindre que le malade ne supportât pas le traitement propre à rétablir l'urètre dans son état normal, résultat d'autant plus important néanmoins d'obtenir, qu'il s'agissait, à la fois, et de détourner l'urine des trajets fistuleux, et de préparer une voie tant pour l'introduction des instrumens, que pour la sortie des fragmens de la pierre. Dans l'espoir que les douleurs diminueraient, lorsque le calcul aurait été brisé, j'introduisis les instrumens par la fistule hypogastrique et j'écrasai la plus grande partie de la pierre. En effet, les douleurs se calmèrent, et je pus m'occuper de l'urètre, afin de rétablir le cours de l'urine et de terminer l'opération par les voies naturelles. Mais le traitement exigeait beaucoup de temps. Le malade désira de se rendre à la campagne ; séjour que réclamait d'ailleurs l'état général de sa santé. Il s'y traita lui-même ; mais non avec la régularité et la précision qui pouvaient seules assurer le succès dans une affection de ce genre. Toutefois, lorsqu'il revint à Paris, vers la fin de l'automne dernier, l'urètre était assez large pour permettre l'introduction d'un instrument de moyenne grosseur, à l'aide duquel plusieurs éclats de pierre furent brisés, et quelques-uns extraits, d'autres, en petit nombre, sortirent d'eux-mêmes ; car une partie de l'urine passait déjà par le canal. Mais une fois encore le traitement fut interrompu, le froid et l'humidité occasionèrent un catarrhe bronchique et pulmonaire, qui fut sur le point de devenir funeste. Ce n'est que dans ces derniers temps qu'il a été possible de reprendre les manœuvres, et j'ai enlevé ce qui restait encore de la pierre. Toutefois de nouveaux dépôts pourront se former ; car il s'agit, ici, d'un de ces cas malheureux où la pierre se reproduit avec un effrayante rapidité. Mais déjà les douleurs ont cessé. La santé générale s'est améliorée sensiblement ; la possibilité d'introduire la sonde, chaque fois que le besoin d'uriner se fait sentir, empêche l'urine de passer, au moins en grande quantité, par les fistules ; les injections d'eau tiède, répétées plusieurs fois par jour, entraînent les mucosités qui se forment dans la vessie et modèrent l'irritation qui résulte de leur séjour dans ce viscère, et de leur passage par les fistules et par l'urètre. Peut-être le malade en viendra-t-il à supporter la sonde à demeure. Les améliorations obtenues doivent encourager dans l'emploi des mêmes moyens. Cependant il ne faut pas se dissimuler la gravité des suites que peut entraîner un catarrhe vésical aussi avancé, avec lésions profondes de la prostate et des parois vésicales ; une affection pulmonaire qui renait sous l'influence la plus légère ; l'existence de plusieurs fistules qui ont sillonné les tissus des régions pubienne et hypogastrique, dans lesquels le passage et le séjour de l'urine deviennent une cause permanente d'irritation, et un délabrement considérable de la santé générale chez un septuagénaire, aussi disposé à l'affection calculeuse, qui passe la majeure partie des nuits sans prendre aucun repos, et chez lequel l'œdématie des extrémités inférieures rend tout exercice pénible.

A ce fait important se rattachent plusieurs considérations dont je vais examiner les principales.

1° Les fistules ne sont pas rares à la suite des opérations cystotomiques ; mais on n'en connaît qu'un petit nombre d'exemples, après la taille sus-pubienne. Sous ce rapport, le fait que je viens d'exposer est des plus curieux par le nombre et la direction des fistules, les désordres locaux qu'elles ont déterminés, et la voie anormale que l'une d'elles a fournie pour l'introduction des instrumens de la lithotritie.

Je me borne à mentionner le procédé spécial par lequel j'ai commencé l'opération : il n'est ni plus facile, ni moins douloureux que celui auquel on a généralement recours. Ainsi, la proposition, assez bizarre d'ailleurs, qui a été faite de pratiquer une ponction à l'hypogastre, pour introduire les instrumens dans la vessie, n'aurait pas eu le résultat qu'on en espérait.

2° La récidive de l'affection calculeuse n'est pas rare. Un grand nombre de malades ont été taillés plusieurs fois, et ils l'auraient été plus souvent encore, si l'opération n'avait fini par leur devenir funeste. L'histoire nous fournit des faits très remarquables de ce genre, et dans mes recherches de statistique, j'en ai recueilli plusieurs nouveaux, fort intéressans. Ce qu'il y a de particulier, surtout dans le cas de M. Oudet, c'est la conclusion qu'on en a tirée contre la lithotritie. Elle prouve de nouveau à quel point les faits chirurgicaux sont quelquefois torturés, et montre, sans réplique, que très-souvent on cherche à leur faire établir ce qui ne saurait en être déduit ; car si l'on veut que la lithotritie ait laissé des fragmens capables d'expliquer la prompte reproduction de la pierre, il faut admettre aussi que la taille en a laissé également ; puisque, dans un espace de temps non moins court, la pierre s'est reproduite trois fois après cette opération.

Depuis quelque temps, on cherche à accréditer l'opinion que la lithotritie est une opération beaucoup plus grave qu'on ne l'avait pensé. Le fait de M. Oudet suffirait pour détruire les craintes qu'on a répandues à ce sujet ; mais il n'est pas le

seul de son genre, et d'autres, en grand nombre, avaient déjà établi ce qu'il ne fait que confirmer d'une manière éclatante, puisqu'au milieu de tant de circonstances graves, l'opération n'a entraîné aucun accident.

Le catarrhe vésical, considéré comme une suite, une complication de l'affection calculeuse, mérite de fixer sérieusement l'attention des praticiens, sous le triple rapport de l'appréciation des effets de la pierre sur les parois vésicales, et des modifications que cette circonstance réclame dans le traitement médical, et des difficultés qui en résultent dans l'application de la lithotritie. En effet, lorsque les mucosités sont épaisses et fort abondantes, elles enveloppent les derniers fragmens de la pierre et empêchent de les distinguer. Le lithotriteur ne transmet alors que la sensation qui résulte de son contact avec un corps mou. On écarte cette difficulté en faisant préalablement plusieurs injections dans la vessie, afin de diviser les mucosités, d'en provoquer la sortie avec le liquide injecté, et de mettre ainsi à nu les fragmens calculeux.

J'ai prouvé, dans une autre circonstance, que le séjour prolongé de la pierre détermine tantôt l'hypertrophie des parois vésicales, avec diminution de la capacité du viscère, tantôt l'atrophie de ces mêmes parois, avec augmentation de la capacité. L'affection catarrhale peut exister dans l'un et l'autre cas, mais elle résulte, dans le premier, d'un excès de vitalité, de la violence des contractions du viscère sur le corps étranger; et, dans le second, d'un défaut d'énergie, par suite du séjour prolongé et de l'altération de l'urine dans son réservoir. Cette distinction est de la plus haute importance dans l'appréciation des caractères de la maladie, et dans le choix des moyens curatifs. Je me bornerai à faire remarquer ici que le catarrhe qui existe avec atonie, amincissement des parois vésicales, offre des caractères moins tranchés; l'urine contient à peine quelques mucosités, mais elle est trouble, fétide. Ce liquide n'est jamais expulsé entièrement par les seules contractions des viscères. Cette espèce de catarrhe présente quelque chose d'insidieux: sous l'influence d'une secousse un peu vive, et d'une cause irritante quelconque, elle peut passer à l'état aigu et devenir promptement fatale. Ici, c'est par le traitement médical qu'il faut commencer; il réussit d'autant mieux, que le malade souffre peu de la pierre. Avant de chercher à broyer celle-ci, il importe donc de régulariser l'excrétion de l'urine; on y parvient en sondant le malade plusieurs fois, en faisant des injections, en remontant les forces générales par un traitement approprié, et en remédiant à la constipation très-fréquente dans ces cas.

Lorsque j'opérai M. Oudet, en 1826, la vessie était le siége d'une légère phlogose; les urines contenaient quelques mucosités; mais il n'était pas nécessaire de s'occuper de cet état morbide encore peu avancé. Il disparut avec la cause qui l'avait fait naître. En effet, l'urine devint limpide aussitôt que le dernier fragment de calcul fut chassé; c'est d'ailleurs ce que constate l'expérience de chaque jour. Lorsqu'un catarrhe superficiel existe en même temps que la pierre, il suffit d'enlever le calcul pour que la phlegmasie cesse d'elle-même.

Cependant l'affection catarrhale a persisté chez ce malade après les deux opérations de la taille; mais il y avait ici des circonstances dont on doit tenir compte: ce sont les fistules, c'est l'irritation permanente produite par le passage de l'urine à travers des tissus non-accoutumés à la recevoir; c'est le resserrement progressif de l'urètre, qui exigeait, de la part de la vessie, des contractions fortes et prolongées pour se débarrasser de l'urine.

Sous l'influence de ces divers états, déjà anciens, le catarrhe vésical avait acquis beaucoup d'intensité; les mucosités, au moins aussi abondantes que l'urine, étaient fétides, souvent brunes, âcres et quelquefois puriformes; la surface interne de la vessie était tellement sensible et irritable, que le plus petit mouvement de pierre, le plus léger contact de l'instrument, produisaient des douleurs vives. Ce qui aggravait surtout la position du malade, c'était l'influence réciproque des lésions primitives et de l'affection catarrhale. La pierre, les fistules, les rétrécissemens de l'urètre, avaient produit et entretenaient le catarrhe. La phlegmasie de la muqueuse vésicale, le séjour, le passage des mucosités dans l'urètre, et les trajets fistuleux, produisaient une irritation vive qui aggravait ces lésions. Du reste, c'est ce qu'on observe dans la plupart des cas de maladies anciennes, dans lesquelles les complications ont acquis une certaine gravité. La marche que j'ai suivie, dans ce cas, est celle qu'il convient d'adopter généralement: enlever la pierre, rétablir le cours naturel de l'urine par l'urètre, faire des injections répétées, qui ont pour but principal d'empêcher le séjour des dépôts de l'urine et des mucosités dans ce viscère, et de modifier, de changer les propriétés vitales viciées par l'influence des états morbides primitifs, et principalement ranimer, régulariser la contractilité du viscère. Les injections d'eau tiède d'abord, et froide ensuite, produisent spécialement ce résultat. C'est en effet aux injections, aux irrigations qu'il faut d'abord recourir, lorsque l'affection catarrhale persiste après que la cause a disparu. Les dérivatifs soit sur les tégumens, soit sur le canal intestinal, deviennent ensuite fort utiles; mais il ne convient de recourir à leur emploi qu'après avoir réduit la phlegmasie vésicale à l'état de sub-inflammation. C'est dans ce cas aussi que les toniques produisent de bons effets; mais cette médication s'applique spécialement aux cas dans lesquels il n'existe pas de pierre, et où l'atonie des parois vésicales est la cause première du catarrhe. Je m'en occuperai dans un prochain article.

CIVIALE.

De l'efficacité des mercuriaux dans le traitement des affections inflammatoires des yeux.

Depuis très-long-temps, la médecine anglaise fait un grand usage des médicamens mercuriaux, et plus spécialement du calomel, que nos confrères d'outre-mer prodiguent, comme on le sait, et qu'ils considèrent, en quelque sorte, comme la panacée de presque toutes les maladies soit aiguës, soit chroniques. Dans son admirable traité sur le sang, le célèbre John Hunter a consacré un grand nombre de pages à prouver la souveraine faculté antiphlogistique du mercure en général. Et le fameux praticien anglais Abernethy a composé un livre tout entier pour démontrer qu'une foule de maladies, tant médicales que chirurgicales, réputées quelquefois incurables,

avaient été guéries par lui à l'aide du calomel et de la rhubarbe, donnés en pilules, pendant long-temps et d'une manière suivie et journalière jusqu'à la salivation. La même thèse a été soutenue par MM. Travers et Astley Cooper dans leur excellent Mémoire sur l'Iritis ; l'on trouve aussi la même pratique hautement recommandée dans tous les ouvrages modernes de médecine et de chirurgie les plus accrédités de l'Angleterre.

Il faut le dire cependant, ni en France ni en Italie cette médication anglaise n'avait pu prendre racine. D'un côté, les doctrines broussaisienne et rasorienne, qui régnaient autrefois, s'y opposaient formellement ; de l'autre, le proto-chlorure du mercure ou calomélas, qu'on préparait anciennement sur le continent, étant peu orthodoxe, l'administration de ce remède produisait le plus souvent des coliques insupportables, ainsi que nous avons eu maintes fois l'occasion d'en faire l'essai sur nos malades, de manière qu'on était bientôt obligé de renoncer à son usage.

Il n'en est pas de même de la pommade mercurielle, administrée par friction sur les régions gravement enflammées. Le *Bulletin de Thérapeutique* a été des premiers à signaler les avantages immenses qu'on pouvait retirer des frictions, répétées à haute dose, de l'onguent mercuriel double dans la péritonite, dans l'arachnoïdite, dans le panaris, etc. Nous revenons maintenant sur ce sujet important, à l'occasion de quelques expériences qui viennent d'être faites dans les hôpitaux et en ville, sur l'efficacité des différentes préparations mercurielles dans le traitement des maladies inflammatoires des yeux, telles que la conjonctivite grave, l'iritis intense, la rétinite, etc.

Depuis que le calomel préparé à la vapeur rivalise en pureté avec celui qui nous vient de l'Angleterre, plusieurs praticiens de Paris ont donné intérieurement le calomélas, avec avantage, dans différentes affections inflammatoires des globes oculaires. Nous avons eu aussi nous-même à nous louer de l'usage de ce médicament dans notre pratique particulière. Mais c'est à M. Sanson surtout qu'on doit une suite d'expériences entreprises avec le calomel appliqué au traitement de différentes maladies des yeux d'après la méthode anglaise, c'est-à-dire en déterminant des purgations de doses du médicament, répétées plusieurs fois par jour. Nous avons vu des résultats fort satisfaisans de cette médication, à la clinique ophthalmologique de l'Hôtel-Dieu.

Les choses en étaient là, lorsque M. le docteur Pamard d'Avignon a soumis au jugement de la Société de médecine de Paris une série d'expériences faites avec le calomel dans le traitement des maladies, soit inflammatoires, soit nerveuses, de l'organe visuel. Le résultat de ces expériences, approuvées par cette compagnie et publiées dans la Revue Médicale, est, qu'en donnant trente à trente-six grains de calomel par jour (divisé en cinq ou six pilules à prendre une toutes les deux heures), on obtient en deux, trois ou plusieurs jours, une salivation salutaire, laquelle est considérée par M. Pamard comme un puissant moyen de révulsion des globes oculaires. On substitue ainsi dans les glandes salivaires et buccales une hypersécrétion thérapeutique à un travail pathologique déjà existant dans l'organe de la vision. Un nombre assez considérable de faits, publiés tant en Angleterre qu'en France, viennent à l'appui de cette conclusion, que nous approuvons hautement. Comme ces idées de M. Pamard sont précisément celles que nous nous étions, depuis long-temps, formées à l'égard des médicamens mercuriaux, nous allons consigner ici quelques faits nouveaux qui confirment la bonté de la médication. Nous choisissons parmi les nombreuses observations de ce genre que nous possédons.

En octobre 1831, un homme âgé de cinquante et quelques années, tailleur et portier, rue Grenelle-Saint-Honoré, vint nous consulter pour une iritis chronique avec photophobie très-prononcée, qui, depuis trois mois, le mettait hors d'état de travailler ; il y avait des maux de tête et les conjonctives étaient chassieuses. Nous prescrivîmes une saignée du pied, une purgation tous les trois jours avec vingt grains de calomel préparé à la vapeur, et autant de rhubarbe, en six pilules, à prendre en deux fois ; de l'eau de laitue, tiède ou froide, pour collyre ; abstinence de vins, liqueurs et café. Après la quatrième dose de calomel, une légère salivation se déclara. Il y eut une amélioration très-notable et la guérison fut complète du quinzième au vingtième jour de traitement. Ce malade revient de temps en temps à l'usage des pilules ci-dessus lorsqu'il sent son mal d'yeux récidiver.

En juin 1834, M. A., étudiant en médecine à Paris, âgé de 26 ans, est atteint d'une ophthalmie rhumatismale fort intense ; il nous consulte. Nous fîmes l'ordonnance suivante: 1° ℞ calomel trente grains ; rhubarbe dix grains ; faites six pilules, à prendre en deux fois, à deux heures d'intervalle. — 2° Se frictionner, le soir en se couchant, toute la région orbito-temporale avec un demi-gros de pommade mercurielle double. — 3° Fomentations d'eau froide dans le jour avec des compresses appliquées sur la région oculo-frontale. — 4° Diète. Deux jours après, un peu d'amélioration. On répète le même purgatif et les mêmes prescriptions ci-dessus : amélioration plus marquée (cinq à six gardes-robes par jour : pas de salivation) : On continue le calomel tous les trois ou quatre jours ; pas de salivation. Le quinzième jour, guérison presque complète. Quelques jours plus tard, récidive : nouveau calomel, nouvelles frictions mercurielles. Guérison complète en moins d'une semaine.

L'efficacité des mercuriaux est pour nous incontestable dans l'observation qui précède. Ce fait nous démontre qu'il n'est pas absolument nécessaire de pousser la dose du mercure jusqu'à la salivation pour en avoir les effets salutaires, lorsque le mal d'yeux n'est pas très-grave. Le fait suivant confirmera la vérité de cette assertion.

Un homme de trente ans, lymphatique, entre à l'hôpital de la Charité avec un ulcère très-large sur le centre de la cornée : il y avait iritis intense avec photophobie. — Cautérisation de l'ulcère avec la pierre infernale ; purgatif d'huile de ricin. L'iritis et la photophobie persistant, nous avons prié le chirurgien de la salle d'administrer le calomel intérieurement. On a prescrit huit grains par jour de ce remède, en deux fois. Le troisième jour, l'amélioration était très-grande, bien qu'on n'eût produit que peu de gardes-robes, et pas de salivation. On continue pourtant le calomel à la même dose jusqu'au sixième jour. A cette époque, guérison.

Je ferai ici une remarque curieuse à propos des ulcères et des taches centrales de la cornée. Lorsque le malade n'a qu'un seul œil pour voir et que cet organe est affecté d'un ulcère ou

d'une petite tache centrale, j'ai observé d'après Wardrop, que la pupille s'allonge avec le temps du côté où la cornée est encore transparente ; de manière que, sous ce rapport, l'iris peut être, jusqu'à un certain point, comparé à certaines plantes, dont les fleurs tournent incessamment leur face vers le soleil.

L'efficacité des mercuriaux est encore plus manifeste dans le cas qu'on va lire. Une dame de trente ans, mère de quatre enfans avait une ophthalmie purulente horrible des deux côtés, depuis quinze jours. Elle nie toute cause syphilitique. Elle raconte qu'ayant un peu mal aux yeux elle les avait, par les conseils d'une bonne femme, lavé avec son urine, ce qui avait aggravé sérieusement son état. La cornée n'est pas encore complètement opaque; mais elle est ulcérée. Lotions avec une solution de pierre infernale ; purgatifs huileux ; aucun effet. On administre la liqueur de Van-Swieten intérieurement ; on lave plusieurs fois par jour les yeux avec un collyre mercuriel (1), et le troisième jour la malade est beaucoup mieux. L'amélioration continue de jour en jour, et tout nous fait espérer que la persistance de ce traitement conservera à cette malheureuse femme la faculté de voir suffisamment au moins pour se conduire et pourvoir à son existence.

D'après ces faits, auxquels nous pourrions en ajouter beaucoup d'autres, nous sommes autorisés à conclure : 1° Que tous les mercuriaux en général sont d'une grande utilité dans le traitement des maladies inflammatoires des yeux ; 2° que parmi les préparations mercurielles, le calomel, administré intérieurement, et l'onguent napolitain, ordonné en frictions, sont les plus commodes et les plus efficaces, à moins que le mal ne soit manifestement syphilitique et ancien ; dans ce dernier cas, la formule de la dernière observation nous paraît préférable à toutes les autres ; 3° enfin, que dans les cas peu graves de phlogose oculaire, il n'est pas absolument nécessaire de pousser la dose des mercuriaux jusqu'à la salivation pour les effets salutaires que nous avons mentionnés. Mais que si le mal est très-grave, s'il y a danger imminent de la perte de la vue, comme dans les ophthalmies purulentes, il faut non-seulement provoquer la salivation à l'aide de la méthode anglaise, mais aussi hâter cette révulsion salutaire à l'aide des frictions locales avec l'onguent mercuriel double, ainsi que nous avons l'habitude de le faire depuis long-temps dans notre pratique particulière. T.

(1) La formule de la liqueur mercurielle qu'on emploie à l'hôpital de la Charité est la suivante :

Prenez : deuto-chlorure de mercure huit grains, dissolvez dans seize onces d'eau distillée. En prendre une cuillerée à soupe tous les jours dans un pot de tisane, ou bien dans une tasse de lait sucré.

Collyre mercuriel. Mettez une demi-once de la liqueur ci dessus, dans quatre onces d'eau de laitue.

Expériences avec le tritoxide de fer hydraté dans l'empoisonnement par l'arsenic.

Un charretier ayant été chargé par un épicier-droguiste d'un sac contenant de l'arséniate de potasse, le déposa dans une écurie, sur un tonneau contenant de l'avoine. Le sac était déchiré, et une certaine quantité de sel d'arsenic se mêla à l'avoine destinée à la nourriture de sept chevaux que renfermait l'écurie. Tous ces animaux en mangèrent dès le soir. Le lendemain, l'un d'eux partit pour Versailles ; il fit bien le voyage, et, arrivé à sa destination, il mangea encore de la même avoine qui avait été emportée. Il mourut en revenant à Paris. Au commencement du troisième jour, sur les sept chevaux, quatre étaient morts. M. Boulet jeune, vétérinaire, appelé pour soigner les trois autres, en trouva deux dans un état désespéré. Après quelques recherches, il parvint à savoir de l'épicier-droguiste que c'était à l'ingestion de l'arséniate de potasse que la mort des chevaux devait être attribuée. Se rappelant le nouvel antidote préconisé par M. Bunzen, il eut recours à MM. Labarraque et Chevalier, qui s'empressèrent de préparer du tritoxide de fer hydraté. Cette substance fut administrée aux trois chevaux restant. Des deux plus malades, l'un vécut encore trois heures, l'autre alla encore jusqu'à trente-six heures. Quant au troisième, il n'a succombé qu'au bout de quelques jours.

Il y a eu évidemment quelque effet de l'antidote chez les deux derniers chevaux; raisonnablement l'on ne pouvait pas attendre davantage, car le tritoxide n'a été administré que vingt-huit heures après l'empoisonnement.

Nous savons que M. Boulet continue ses expériences. Si l'on nous a dit vrai, il aurait administré, le 25 octobre, deux onces d'arséniate de potasse à un cheval, et peu de temps après la quantité du tritoxide nécessaire pour empêcher l'effet toxique, et l'animal ne serait pas mort aujourd'hui 29 ; il présenterait seulement une diarrhée inquiétante.

Ce résultat serait extrêmement avantageux. Il ne nous étonnerait pas, d'après les expériences auxquelles nous nous livrons nous-mêmes, conjointement avec M. Soubeiran, chef de la pharmacie centrale. Nous avons administré hier matin l'oxide blanc d'arsenic à deux chiens. A un plus gros, nous avons donné 24 grains d'arsenic, à l'autre, beaucoup plus petit, 8 grains. Le premier a avalé le tritoxide vingt minutes après l'ingestion du poison ; le second dix minutes après : chez tous deux, les symptômes de l'empoisonnement avaient commencé. Sans entrer dans des détails que nous donnerons à la fin de nos expériences, nous dirons que nos deux chiens sont assez bien portans aujourd'hui. Le plus petit a repris sa gaîté dès hier soir et a mangé ; l'autre est plus triste, mais nous l'avons trouvé ce matin rongeant une croûte de pain, ce qui est d'un bon augure.

JOURNAL DE PHARMACIE

ET

DES SCIENCES ACCESSOIRES.

OCTOBRE 1834.

RECHERCHES

Sur le principe actif de la salsepareille ; par M. POGGIALE, pharmacien, aide-major à l'Hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce.

M. Palotta, le premier, a fait connaître, en 1824, le principe actif de la salsepareille; il lui donna le nom de *parigline*. A peu près à la même époque, un autre médecin italien, M. Folchi, crut découvrir aussi un nouveau principe qu'il nomma *smilacine*. Peu de personnes, je crois, répétèrent en France les expériences de M. Palotta. Aucun chimiste ne s'occupa de celles de M. Folchi. Ce n'est qu'en 1831 que M. Thubeuf appela de nouveau l'attention des chimistes sur cette matière. Il annonça à cette époque avoir extrait une nouvelle substance de la salsepareille, à laquelle il a donné cette année-ci le nom de *salseparine*. Ce nombre déjà trop grand des prétendus principes actifs de la salsepareille semblait devoir s'arrêter là, lorsqu'un chimiste allemand, M. Batka, publia, vers la fin de 1833, la découverte d'un acide qu'il appela *acide parillinique*.

Ces quatre substances sont-elles réellement quatre corps nouveaux, ou bien ne sont-elles qu'un seul et même corps obtenu par différens procédés? Telle est la question que je me propose de résoudre avant tout.

Avant d'entreprendre ce travail, je me suis procuré des quantités assez considérables de parigline, de smilacine, de salseparine et d'acide parillinique.

J'ai préparé la parigline en versant, d'après le procédé de M. Palotta, dans une infusion aqueuse de salsepareille du lait de chaux, en traitant le précipité séché par l'alcool et en distillant ce liquide. J'ai obtenu des quantités assez grandes de parigline très-belle.

Il ne m'a pas été aussi facile de préparer la smilacine de M. Folchi; ce médecin s'est sans doute trompé en annonçant qu'on pourrait obtenir des quantités appréciables de cette substance, en faisant macérer dans l'eau une once de la partie médullaire de la salsepareille, en traitant cette infusion par le charbon animal, et en faisant évaporer. J'affirme qu'il est impossible de retirer d'une once du méditullium de la salsepareille, et au moyen de l'eau, la plus petite quantité de smilacine. J'ai séparé avec un grand soin la substance corticale de la partie médullaire, et quoique j'aie opéré sur cinq kilogrammes de celle-ci, j'ai obtenu très-peu de smilacine. La substance qu'on prépare par ce procédé se décolore très-difficilement par le charbon; mais si on la traite par l'alcool et par le charbon, elle acquiert toutes les propriétés de la parigline. Si on réfléchit que l'eau est un mauvais dissolvant de la parigline, et que le méditullium fournit peu de celle-ci, on concevra aisément pourquoi on obtient par ce procédé cette substance toujours impure et en petite quantité. Aussi, si on traite une infusion ou mieux une décoction de la partie médullaire de la salsepareille par la chaux et par l'alcool, comme pour la parigline, on obtient une substance entièrement semblable à celle-ci. Cette même partie médullaire, bien concassée et épuisée par l'alcool à 35°, donne aussi le même corps.

Ces recherches m'ont conduit à examiner si les propriétés actives de la salsepareille résident dans l'écorce de la racine ou bien dans le méditullium. M. Pope a assuré que le principe actif de la salsepareille se trouvait en totalité dans la substance corticale, et que la partie médullaire était inerte. Cette assertion est fausse d'après moi. Il est très-facile, je crois, de prononcer sur une pareille question. Tout le monde peut s'assurer que l'écorce comme le méditullium des racines de salsepareille, contiennent de la parigline J'ai traité séparément ces deux parties de la racine par les procédés de MM. Palotta, Folchi, Thubeuf et Batka, et j'ai obtenu des deux côtés le même principe. Je dois cependant ajouter que la partie médullaire en a fourni une quantité moindre.

Quoique M. Thubeuf n'ait pas encore publié le procédé dont il se sert pour préparer la salseparine, je sais cependant qu'il commence par obtenir une teinture alcoolique de salsepareille; qu'il traite cette teinture par le charbon animal, qu'il filtre et qu'il fait cristalliser la salseparine. J'ai du moins suivi ce procédé, et la substance que j'ai obtenue possède des propriétés qui ne diffèrent point de celles de la parigline, comme je le prouverai plus tard. Mais je dois me hâter de dire que de tous les procédés celui-ci est le meilleur, il exige peu de temps, il est moins dispendieux que les autres, et le produit qu'il donne est plus abondant et plus beau.

J'ai préparé aussi le prétendu acide parillinique de M. Batka, en suivant le procédé de cet auteur. Ce procédé est très-compliqué, et certainement on pourrait le rendre plus simple si une pareille étude pouvait offrir quelques ré-

sultats avantageux. Je l'ai préparé en versant simplement de l'acide hydrochlorique dans une décoction concentrée de salsepareille.

Je ferai connaître dans un instant les motifs qui ont déterminé M. Batka à regarder cette substance comme un acide, et je prouverai que cette opinion est entièrement erronée.

J'ai observé que la salseparine ou la parigline, si l'on veut, peut être obtenue par plusieurs procédés. Je l'ai préparée au moyen de la potasse, de la magnésie, de l'acide sulfurique, etc. En faisant bouillir pendant une demi-heure la salsepareille avec la magnésie bien calcinée, en séchant le précipité et en le traitant par l'alcool, on obtient beaucoup de parigline. Cette parigline est grenue, semblable, pour l'aspect, à la fécule de pommes-de-terre. Elle ne présente pas les propriétés physiques de la salseparine. Cependant elle n'en diffère point, car, en la faisant dissoudre dans l'alcool et en évaporant la solution avec soin, on obtient des cristaux tout-à-fait semblables à ceux de la salseparine. Je cite ce fait pour donner une idré de l'influence des procédés sur les propriétés physiques de cette substance, qui peut changer d'aspect sans changer de nature. Cette apparence à induit en erreur M. Thubeuf, qui sans cela n'aurait certainement pas vu un principe nouveau dans sa salseparine. Elle a également trompé MM. Folchi et Batka.

Je vais examiner maintenant comparativement les quatre matières dont je viens de parler, et j'espère que cet examen me permettra de conclure qu'elles ne sont qu'un seul et même principe.

Ces quatre matières sont blanches, sans odeur, sans saveur, quand elles sont privées d'eau. Elles ont une saveur amère très-austère et nauséeuse si on les dissout dans l'alcool ou dans l'eau. Elles pèsent plus que ce dernier liquide. Elles sont insolubles dans l'eau froide, peu solubles dans l'eau bouillante, très-solubles dans l'alcool bouillant, moins solubles dans l'alcool froid. L'éther bouillant les dissout également. Les huiles volatiles les dissolvent parfaitement; elles sont moins solubles dans les huiles grasses. Elles rougissent très-faiblement la teinture de curcuma. Elles n'exercent aucune action sur la teinture de tournesol. Elles verdissent le sirop de violettes. Si on les expose à l'action de la chaleur dans un petit tube de verre, elles deviennent d'abord jaunâtres, se foncent en couleur, entrent en fusion, et finissent par se décomposer en fournissant les produits ordinaires de la distillation sèche des matières végétales. Le charbon qu'elles laissent est extrêmement léger et très-remarquable par son brillant métallique. Leurs solutions aqueuses et alcooliques moussent fortement par l'agitation. Ce caractère n'appartient pas plus à la salseparine qu'à la parigline; elles le possèdent toutes également. C'est à tort que M. Thubeuf attache de l'importance à ce caractère; on peut s'en assurer bien facilement. J'ai fait toutes ces expériences avec chacune de ces matières, et j'ai eu le bonheur d'obtenir toujours les mêmes résultats.

Je continue mon examen comparatif.

Si on mêle ces matières avec le soufre; elles entrent en fusion avec ce corps à l'aide de la chaleur et se décomposent. Il se dégage de l'acide sulfureux et de l'acide hydrosulfurique; il se forme aussi de l'acide sulfurique.

Quoique l'action du chlore sur ces matières ne soit pas très-importante, j'ai opéré avec un grand soin, parce que je tenais à définir la nature du principe de la salsepareille. A la température ordinaire de l'atmosphère, le chlore les colore simplement en jaune, mais à une température assez élevée pour les fondre, il se forme une matière jaune et molle qui donne quelques cristaux confus par le refroidissement: je n'ai pas analysé cette matière. Je me suis seulement assuré que ces substances sont décomposées par le chlore. J'ai fait ces expériences dans un petit appareil décrit par M. Couerbe (*Annales de physique et de chimie*, août 1832); il consiste à faire arriver du chlore sec sur la substance placée dans un tube courbé en U ⁻ que l'on peut plonger dans un bain d'huile assez chaude pour maintenir la matière à l'état liquide. Cette expérience est assez difficile à conduire.

La potasse et la soude ont la propriété de les dissoudre à chaud.

L'ammoniaque les dissout également; c'est pourquoi, en les précipitant par cet alcali, il ne faut pas en mettre un excès, quoiqu'il en dissolve bien moins à froid qu'à chaud.

Les quatre matières qui font le sujet de ce travail cristallisent parfaitement en petites aiguilles radiées, quand on fait évaporer avec soin la liqueur alcoolique qui les contient. Lorsqu'on vient de les obtenir, elles sont ordinairement pulvérulentes. La salseparine n'est pas plus cristallisée que les autres; mais il est très-facile de les faire cristalliser toutes, en les traitant de nouveau par le charbon et par l'alcool, et en répétant plusieurs fois cette opération s'il le faut. La smilacine de M. Folchi, qui diffère entièrement, par ses propriétés physiques, des trois autres matières, cristallise comme elles si on la purifie comme je viens de le dire.

M. Thubeuf a dit dernièrement, à la Société de pharmacie, qu'il pensait que la parigline et la smilacine étaient altérées. Je ne sais pas ce qu'il entend par altération dans le cas qui m'occupe; toutes les fois qu'un corps est altéré dans sa constitution chimique, il change nécessairement de nature; ses propriétés ne peuvent plus être les mêmes. Pour mon compte, je n'ai pas observé cette altération, qui, en supposant qu'elle existe, déposerait également en faveur de mon opinion. En effet, en admettant que la smilacine et la parigline ne sont que de la salseparine altérée, M. Thubeuf n'aurait que le mérite d'avoir obtenu ce principe à l'état de pureté. Mais je le répète encore, ces substances ne diffèrent entre elles par aucune de leurs propriétés.

La matière obtenue par M. Batka n'est pas un acide: je l'ai dit plus haut. Elle rougit, il est vrai, la teinture de tournesol, mais cette propriété provient de la présence d'une petite quantité d'acide hydrochlorique qu'elle retient. On sait, et M. Raspail l'a très-bien démontré, avec quelle ténacité plusieurs substances végétales retiennent cet acide. Cependant, si on lave sept à huit fois avec de l'eau le prétendu acide de M. Batka, il n'exerce plus aucune action sur la teinture de tournesol. Je me suis de plus assuré, par un autre moyen, que cette substance ne diffère point de la salseparine. En la dissolvant dans l'acide sulfurique et en la précipitant par l'ammoniaque, on obtient de la salseparine qu'on peut faire cristalliser.

On a donc donné mal à propos quatre noms à la même substance ; la smilacine, la salseparine et l'acide parillinique ne sont que la parigline de M. Palotta ; à lui seul appartient l'honneur d'avoir découvert cette substance. MM. Folchi, Batka et Thubeuf ont simplement donné de nouveaux procédés : celui de ce dernier est sans contredit le meilleur.

Le nom de *salseparine* me paraissant préférable aux autres, je l'ai adopté. Je ne reviendrai pas sur les caractères de la salseparine ; je les ai donnés plus haut.

J'ai attaché une très-grande importance à l'analyse des diverses matières qui m'occupent ; je l'ai faite avec d'autant plus de soin, que ma conviction sur leur identité repose spécialement sur les résultats analytiques que j'ai obtenus. L'analyse donne une nouvelle force à mes expériences, en démontrant que la composition élémentaire de ces quatre matières est la même. J'ai fait un très-grand nombre d'analyses ; je n'en rapporterai que douze :

Analyse de la salseparine.

La salseparine, séchée à 120° dans une étuve, et analysée avec l'appareil de M. Liébig, a donné les résultats suivans :

Salseparine.	Acide carbonique obtenu.	Eau.
I. 0,227	0,513	0,180
II. 0,314	0,705	0,243
III. 0,620	1,405	0,463

Ce qui donne en centièmes :

	I.	II.	III.
Carbone. . . .	62,53	62,39	62,70
Hydrogène. . .	8,80	8,59	8,28
Oxigène. . . .	28,67	26,02	29,02

Analyse de la parigline.

La parigline, analysée dans le même appareil, a donné :

Parigline.	Acide carbonique obtenu.	Eau.
I. 0,209	0,470	0,168
II. 0,300	0,683	0,237
III. 0,448	1,023	0,340

Ce qui donne, en centièmes :

	I.	II.	III.
Carbone. . . .	62,22	62,99	62,07
Hydrogène. . .	8,96	8,76	8,40
Oxigène. . . .	28,82	28,25	29,53

Analyse de l'acide parillinique.

Acide parillinique.	Acide carbonique obtenu.	Eau.
I. 0,713	1,623	0,571
II. 0,804	1,807	0,649
III. 0,216	0,490	0,172

Ce qui donne, en centièmes :

	I.	II.	III.
Carbone . . .	62,98	62,38	62,76
Hydrogène. . .	8,88	8,96	8,63
Oxigène. . . .	28,14	28,66	28,61

Analyse de la smilacine.

Smilacine.	Acide carbonique obtenu.	Eau.
I. 0,310	0,704	0,255
II. 0,152	0,343	0,119
III. 0,158	0,353	0,125

Ce qui donne, en centièmes :

	I.	II.	III.
Carbone	62,83	62,43	62,08
Hydrogène. . .	8,41	8,68	8,78
Oxigène	28,76	28,89	29,14

On a trouvé, par expérience, la formule suivante :

$$C^8 H^{15} O^3$$

La salseparine ne donnant aucune combinaison, il a été impossible de déterminer d'une manière certaine son poids atomique, et de corriger la formule précédente. Le poids atomique de la salseparine serait, d'après cette formule, de 1005,101. Malheureusement, je le répète encore, ce résultat ne peut pas être corrigé. La salseparine est hydratée ; elle perd par la dessiccation 8,56 d'eau, qui correspondent à 1 atome d'eau. Sa formule est donc :

$$C^8 H^{15} O^3 + (H^2 O).$$

Action des acides.

On ne connaît pas encore de substance non azotée qui sature les acides, et qui forme avec eux des sels. Malgré ce principe général, j'ai pensé un instant que la salseparine formait une exception, et voici sur quelles données reposait mon opinion : les acides très-étendus d'eau dissolvent parfaitement la salseparine ; si on fait cristalliser cette substance dans une liqueur acide, la forme cristalline change d'après l'acide qui se trouve dans cette liqueur. L'acide hydrochlorique fournit des houpes soyeuses, l'acide sulfurique de petits cristaux prismatiques. La solution acide de salseparine concentrée précipite abondamment, par la potasse, la soude et l'ammoniaque, etc. On pouvait penser que, dans cette dernière réaction, l'alcali ajouté enlevait l'acide qui était combiné avec la salseparine ; mais évidemment il n'existe pas ici de combinaison ; si la salseparine se précipite quand on ajoute un alcali, c'est que celui-ci s'empare de l'acide à la faveur duquel elle était dissoute dans l'eau. Si on lave deux ou trois fois seulement par l'eau la salseparine traitée par l'acide sulfurique, les dernières eaux de lavage ne rougissent point la teinture de tournesol, tandis que la salseparine qui reste sur le filtre, dissoute dans l'alcool, précipite en blanc par l'eau de baryte. Ce caractère surtout m'avait fait penser que l'acide était combiné avec la salseparine. Des expériences plus

rigoureuses ont complétement changé ma manière de voir. Si on lave pendant plusieurs heures la salseparine qu'on a fait cristalliser dans l'acide sulfurique très-étendu d'eau, il sera facile de s'assurer que l'acide n'est pas combiné avec cette substance, mais qu'il est seulement retenu par elle. M. Soubeiran, qui s'est vivement intéressé à cette partie de mon travail, s'est servi du procédé suivant pour prouver que la salseparine ne se combine pas avec les acides: il l'a fait cristalliser au milieu de l'alcool contenant un excès d'acide sulfurique, il l'a mise dans un tube fermé à l'une de ses extrémités; le tout a été recouvert par du coton; il a ensuite versé sur le coton de l'éther sulfurique, qui, en traversant la salseparine, a entraîné tout l'acide sulfurique mêlé avec elle. J'ai plusieurs fois répété cette expérience, qui m'a parfaitement réussi.

L'acide sulfurique exerce sur la salseparine une action intéressante. Si on fait tomber goutte à goutte de l'acide sulfurique concentré sur la salseparine, celle-ci devient d'un rouge foncé qui passe peu à peu au violet, et enfin au jaune pâle. On obtient une solution de salseparine dans l'acide sulfurique; si on verse de l'eau froide dans cette liqueur, la salseparine se précipite, et la couleur jaunâtre du liquide disparaît. L'eau s'empare de l'acide sulfurique qui abandonne la salseparine. Je me suis assuré, de cette manière, que la salseparine n'est pas altérée par l'acide sulfurique concentré, comme sa couleur foncée pourrait le faire croire. L'acide sulfurique étendu d'eau dissout, à chaud, la salseparine, qui ne s'en sépare pas par une addition d'eau froide.

L'action de l'acide nitrique sur la salseparine diffère de celle de l'acide sulfurique. L'acide nitrique concentré dissout la salseparine à la température ordinaire, mais il en altère une petite partie : la portion altérée devient jaune. La solution nitrique de salseparine précipite en blanc par l'eau; le précipité est presque entièrement formé de salseparine non altérée. En observant cette légère altération, j'ai cru pouvoir obtenir de l'acide oxalique, mais il m'a été impossible de parvenir à ce résultat. Cette matière jaune n'est ni de l'acide oxalique ni de la salsepareille.

L'acide hydrochlorique dissout aussi la salseparine; cette liqueur, convenablement évaporée, donne des cristaux vraiment remarquables.

Les acides phosphorique, acétique, oxalique, tartrique, et en général tous les acides, dissolvent plus ou moins bien la salseparine.

Si je résume les principaux faits que je viens de rapporter, j'arrive aux conclusions suivantes :

C'est M. Palotta qui a découvert le principe actif de la salseparine;

La smilacine, la salseparine et l'acide parillinique ne sont que la parigline de M. Palotta, obtenue par différens procédés;

Les propriétés de ces quatre matières sont les mêmes, l'analyse prouve que leur composition élémentaire est aussi la même;

Cette composition est représentée par la formule

$$C^8 H^{15} O^3 + (H^2 O).$$

La partie médullaire des racines de salsepareille n'est pas inerte; elle contient, ainsi que la partie corticale, de la salseparine.

Si j'ai prouvé que les quatre substances qui font le sujet de ce Mémoire ne sont qu'une seule et même substance; si j'ai bien défini la nature de la salseparine par l'analyse et par l'examen de ses propriétés, mon travail offrira quelque intérêt. En effet, au lieu d'étendre le domaine de la chimie, on fait de cette belle science un véritable chaos, en y introduisant des corps qui n'ont jamais existé, et qui par conséquent doivent entraver sa marche. Je pense en outre qu'il y a quelquefois plus de difficulté et d'utilité à classer une substance, à la bien étudier, qu'à la découvrir. Le hasard fait souvent trouver un corps qu'on ne cherchait pas, mais le hasard seul ne parviendra jamais à le faire connaître. L'éther est connu depuis bien long-temps; cependant, sa nature et les phénomènes de sa formation sont encore un sujet de discussions.

Nouvelle matière cristalline tirée du girofle;

PAR M. BONASTRE.

Les nouvelles expériences de M. Dumas sur les composés d'origine organique, et notamment sur les huiles essentielles, soit légères, soit pesantes, sont assez connues des chimistes pour qu'il ne soit pas nécessaire d'en reproduire ici les principales circonstances.

Le but de cette note est d'attirer l'attention du lecteur sur une nouvelle substances cristalline provenant du girofle.

Cette matière concrète se forme au bout d'un certain temps dans l'eau distillée trouble et fortement chargée du girofle.

Elle cristallise en lames minces, blanches, nacrées, transparentes, de plusieurs lignes d'étendue; elle se colore et jaunit légèrement par le temps.

L'alcool et l'éther sulfurique dissolvent cette matière en toute proportion.

Elle a peu de saveur, et son odeur est beaucoup moins vive que celle du girofle.

Elle prend immédiatement une couleur rouge vif de sang par son contact avec l'acide nitrique à froid, propriété qui lui est commune avec l'essence de girofle fluide.

M. Dumas a soumis un gramme de cette matière à l'analyse élémentaire, et a constaté qu'elle ne différait de l'huile essentielle de girofle fluide que par la perte d'un atome d'eau; aussi sa coloration par l'acide nitrique fut-elle aussi instantanée que celle de l'huile fluide.

Elle diffère physiquement de la caryophylline par sa forme cristalline, et chimiquement par sa solubilité, sa saveur, etc.; et on sait que, lorsque la caryophylline est pure, elle ne se colore en aucune manière par l'acide nitrique.

L'analyse élémentaire de ces trois substances prouve suffisamment qu'elles sont totalement distinctes les unes des autres; M. Dumas les considère comme ayant un radical unique modifié par le seul concours de l'eau.

Je propose de nommer cette nouvelle matière retirée du

girofle, *eugénine*, de l'*eugenia caryophyllata*, pour la distinguer de la *caryophylline*, qui n'a avec elle qu'une origine commune, mais dont les propriétés physiques et chimiques sont complétement distinctes.

Il est vraisemblable qu'on arrivera à séparer ces sortes de matières cristallines dans des opérations distillatoires pratiquées en grand et dans certaines conditions. Ainsi, la matière cristalline de l'essence de girofle (eugénine) qui fait le sujet de cette note, s'est formée pendant un espace de temps plus ou moins long, et sous la seule influence de l'eau. Or, il résulte des expériences de M. Dumas, que de l'eau seule peut amener dans certaines circonstances tout ou partie de quelques huiles essentielles de l'état fluide à l'état concret. S'il en est ainsi, et que cette propriété se *généralise* et puisse s'appliquer à toutes les huiles essentielles indistinctement, on peut être assuré que la science est prête à s'enrichir de nouveaux produits d'un grand intérêt, d'autant plus grand, que la loi de composition, d'affinité ou d'agrégation en vertu de laquelle on les obtiendra, sera extrêmement simple. Ainsi, un atome d'eau absorbé, décomposé ou soustrait dans une huile essentielle, suffira seul pour expliquer l'aspect différent ou particulier sous lequel cette huile essentielle se présentera.

Le tritoxide de fer, nouvel antidote de l'acide arsenieux ; par M. le docteur BUNSEN, de Gottingue.

Les journaux politiques français ont annoncé, il y a quelque temps, que M. le docteur Bunsen, de Gottingue, venait de trouver dans l'hydrate de tritoxide de fer, un antidote assuré contre l'empoisonnement par l'acide arsenieux ; mais ils n'ont ajouté aucun détail à cette simple annonce : nous ne saurions donc mieux faire que de rapporter textuellement la lettre que l'auteur de cette découverte écrit à ce sujet à M. Poggendorff.

Gottingue, le 1er mai 1834.

« Il y a déjà long-temps que j'ai été conduit à cette observation, qu'une solution d'acide arsenieux est précipitée d'une manière si complète, par de l'hydrate de fer pur, récemment précipité, et en suspension dans l'eau, qu'un courant d'hydrogène sulfuré dirigé au travers de la liqueur, filtré et additionné d'une petite quantité d'acide hydrochlorique, n'y démontre plus la moindre trace d'acide arsénieux.

« J'ai trouvé, en outre, que si l'on ajoute à ce corps quelques gouttes d'ammoniaque, et si on le met en digestion, à une douce chaleur, avec de l'acide arsenieux réduit en poudre très-fine, il transforme très-promptement cette dernière substance en un arsenite basique de tritoxide de fer tout-à-fait insoluble. Une série d'expériences, fondées sur cette observation, m'a donné la ferme persuasion que ce corps réunit les conditions les plus favorables pour servir de contre-poison de l'acide arsenieux solide et en dissolution. M. le docteur Berthold a bien voulu, sur ma demande, s'adjoindre à moi pour examiner en commun ce sujet sous toutes ses faces et en faire l'objet d'expériences plus rigoureuses. Les résultats de cet examen ont encore dépassé de beaucoup notre attente, et nous ont confirmés dans la persuasion que l'hydrate de tritoxide de fer est un meilleur antidote de l'acide arsenieux solide et en solution que l'albumine ne l'est du sublimé.

» De jeunes chiens n'ayant pas un pied de haut, auxquels nous avions donné de 4 à 8 grains d'acide arsenieux réduit en poudre fine, et dont nous avions lié ensuite l'œsophage pour empêcher le vomissement, ont vécu plus d'une semaine sans offrir, ni pendant la vie, ni à l'autopsie, les moindres symptômes de l'empoisonnement par l'arsenic. Les excrémens qui n'ont été rendus qu'en très-petite quantité, attendu que les animaux ont été privés d'alimens et de boissons, contenaient presque la totalité de la substance vénéneuse à l'état d'arsenite basique de tritoxide fer : mais ils n'offraient aucune trace d'acide arsenieux libre.

» Nous nous sommes convaincus, par des expériences sur les animaux, qu'une quantité d'hydrate de tritoxide de fer, répondant à 2-4 drachmes de tritoxide de ce métal, additionnée de 16 gouttes d'ammoniaque, peut suffire pour transformer dans l'estomac 8 à 10 grains d'acide arsenieux bien pulvérisé en arsenite insoluble. Il est d'ailleurs aisé de voir que l'on pourrait, dans des cas d'empoisonnemens par l'arsenic, administrer ce corps en proportions bien plus considérables avec ou sans ammoniaque, soit par la bouche, soit en lavement, puisque l'hydrate de tritoxide de fer étant un corps tout-à-fait insoluble dans l'eau n'exerce absolument aucune action sur l'économie animale. »

Nul doute que d'autres oxides ne forment aussi des composés insolubles avec l'acide arsenieux ; mais par la raison que donne l'auteur, le tritoxide de fer nous paraît également préférable pour neutraliser les effets délétères de cet acide ; ce n'est pas non plus sans motif qu'il emploie l'oxide hydraté et à l'état de grande division. Attendons toutefois les résultats de l'expérience : si elle confirme les faits annoncés par le docteur Bunsen, sa découverte sera certainement une des plus importantes sous le rapport de ses applications. (1).

A. G. V.

Analyse de l'acide urique ; par JUSTUS LIEBIG. (Annales de Pharmacie, avril 1834.)

L'acide urique est assurément un des acides organiques les plus remarquables sous le rapport de sa composition, et du rôle qu'il joue dans certaines maladies, telles que la gravelle, les calculs vésicaux et les affections arthritiques. Il ne sera donc pas sans intérêt de faire connaître l'analyse que vient de publier M. Liebig.

La composition de l'acide urique, dit ce savant professeur, a été étudiée avec grand soin par plusieurs chimistes ; mais aucune des analyses connues ne s'accorde avec les autres. Ces différences tiennent à ce que ces chimistes n'ont pas déterminé directement la proportion du carbone de cet acide, et se sont privés ainsi pour la détermination de l'azote d'un contrôle que mon appareil permet aujourd'hui d'employer avec certitude.

Je n'ai pas encore rencontré de substance qui donne,

(1) Voyez *Bulletin de thér.* p. 116.

par sa combustion, une aussi grande quantité de deutoxide d'azote que l'acide urique; c'est ce qui rend les erreurs dans les analyses qualitatives tout-à-fait inévitables : or, telle est la source des différences si grandes que présentent les données relatives à sa composition, parce que l'on a calculé les proportions de carbone et d'azote, d'après l'analyse qualitative du mélange gazeux obtenu par la combustion.

0,657 gram. d'acide urique sec ont donné 0,958 gram. d'acide carbonique et 0,168 d'eau.
0,892 1,155 gram. d'acide carbonique et 0,195 d'eau.

Il résulte de ces deux déterminations du carbone, que l'acide urique contient sur 100 parties 36,083 de carbone. Il est clair que toutes les déterminations d'azote, qui ne s'accordent pas avec cette proportion de carbone doivent être rejetées comme inexactes.

De toutes les déterminations de l'azote, celle de M. le docteur Kodweiss m'a paru mériter le plus de confiance. Il a trouvé que le mélange gazeux obtenu par la combustion, contient sur 7 parties en volumes 5 d'acide carbonique, et 2 d'azote, de telle sorte que, d'après son analyse, l'acide urique renfermerait 4 atomes d'azote sur 5 de carbone; j'ai en effet obtenu le même résultat en répétant les expériences. Pour le contrôler, j'ai préparé de l'urate d'ammoniaque. Ce sel, brûlé à l'état sec, m'a donné de l'acide carbonique et de l'azote dans la proportion de 2 : 1; il est aisé de voir qu'ici aux 2 volumes d'azote est venu se joindre demi-volume du même gaz à cause de l'ammoniaque, de manière que les proportions proprement dites en volumes doivent être exprimées par 5 volumes d'acide carbonique et 2 volumes et demi d'azote. J'ai brûlé en outre de l'urate de potasse. Il est évident que la potasse retient une certaine partie d'acide carbonique, et qu'ainsi le mélange gazeux doit contenir moins de 5 volumes d'acide carbonique sur 2 volumes d'azote. On a en effet obtenu 22 volumes d'acide carbonique sur 10 volumes d'azote ou 4,4 d'acide carbonique sur 2 d'azote. Il y a donc eu ici demi-volume d'acide carbonique retenu par la potasse. Or, de ces faits, il résulte avec certitude que l'acide urique contient 4 atomes d'azote sur 5 de carbone. Si on calcule d'après cette donnée l'analyse dont il a été question plus haut, on arrive à la composition théorique qui suit :

			Calculé.	Trouvé.
5 atomes	carbone	= 382,185	36,11	36,083
4	azote	= 364,072	33,36	33,361
4	hydrogène	= 24,959	2,34	2,441
3	oxigène	= 300,000	27,19	28,126
		1061,216		

D'après ce poids atomique, les combinaisons connues jusqu'à ce jour de l'acide urique avec les bases, sont des sels acides. A. G. V.

—

VARIÉTÉS.

—

Nouvelle espèce de smilax *antisyphilitique;*

Par J.-J. VIREY.

L'administration des douanes nous ayant consulté sur une espèce de racine et de tige sarmenteuse importée de l'île Bourbon en France, sans dénomination certaine, nous l'avons examinée en la comparant à d'autres productions analogues.

Elle consiste en longues tiges, minces, radiciformes, d'un blanc cendré, dont l'épiderme très-lâche et non adhérent (par la dessiccation) se soulève et se sépare spontanément. Le bois, ou la partie médullaire, de la grosseur d'un tuyau de plume médiocre, est cylindrique, tortueux d'abord, puis se subdivise en nombreuses fibres ou filandres ligneuses. Il y a d'autres tiges ou troncs, de la grosseur du doigt, longues et tortueuses; l'épiderme de celles-ci est brun à l'extérieur, rougeâtre ou orangé à l'intérieur, adhérent au bois, lequel est jaune clair.

Toutes ces parties offrent peu de saveur, et si, en masse, notre échantillon présente une odeur qui approche de celle du vétiver, on peut soupçonner qu'elle y est étrangère ou communiquée par l'envoi simultané de cette dernière racine.

En comparant ces tiges sarmenteuses à des racines d'une autre espèce de *smilax* sarmenteuse des îles Philippines et de Manille, très-renommée sous le nom de *macabucaï* (ou *macabujai*, *macabucha*, etc.), qui nous a été donnée par M. Busseuil, chirurgien de la marine, nous y avons trouvé, non une parfaite ressemblance, mais de grandes analogies. Toutefois, le *macabucaï* est de couleur plus foncée, son épiderme est pustuleux, ses filandres intérieures sont plus ou moins brunâtres, et sa saveur est amère (1).

Notre racine n'est point la même espèce; cependant elle offre les plus remarquables correspondances de structure et de composition organique.

En recherchant dans les catalogues de botanique ou d'autres renseignemens que nous possédons sur les îles de France et de Bourbon, nous avons appris qu'en l'année 1822, le gouverneur de l'île Maurice, sir Robert Townsend Farquhar, avait transporté, parmi d'autres végétaux, le *smilax borbonica* de l'île Bourbon. Ce *smilax*, qui paraît aussi répandu dans les îles Philippines, sert aux nègres, et également aux Européens, en place de salsepareille, contre les affections syphilitiques. Sa renommée, transmise en Europe, en a fait transporter des quantités assez abondantes pour suivre les effets et le traitement d'un certain nombre de malades. Le peu de saveur de ces racines n'a rien de rebutant pour ceux-ci.

Quant à la plante entière, sa description ne nous est point

(1) Voyez aussi une courte notice sur le *macabujai*, par M. Perrottet, dans les Annales de la Société linnéenne de Paris, 1824, mai, article *catalogue raisonné sur diverses substances*.

encore parvenue. Nous savons seulement qu'elle porte des fleurs pentandriques, tantôt monoïques, tantôt dioïques, et qu'on la cultive maintenant dans les îles de France et de Bourbon, pour l'usage médical. Elle paraît avoir moins de fadeur et de désagrément au goût que la salsepareille, et l'on a vanté son efficacité, à laquelle contribue sans doute aussi la chaleur du climat où elle a d'abord été employée.

Rapport fait à la Société de Pharmacie ; par MM. TASSAERT *et* DUBAIL, sur un mémoire de M. LANGLOIS, *pharmacien aide-major à l'hôpital militaire de Strasbourg*, intitulé : *Recherches sur l'iodure d'amidon.*

M. Langlois a fait remettre en décembre 1833, à la Société de Pharmacie, un mémoire tendant à prouver que l'iodure d'amidon ne résulte pas d'une combinaison à proportions définies d'iode et d'amidon, mais bien d'un simple mélange caractérisé seulement par sa couleur. Un rapport favorable a été fait sur ce travail par MM. Tassaert et Dubail, chargés de l'examiner. L'étendue de ce mémoire ne permettant pas de l'insérer ici tout entier, nous nous bornerons à présenter le rapport dont il a été l'objet.

L'auteur, après avoir rappelé les travaux microscopiques de M. Raspail, qui nous ont, pour la première fois, révélé la nature de l'amidon, ceux de M. Biot, qui ont caractérisé la dextrine par son action sur la lumière polarisée, et enfin l'heureuse application que MM. Payen et Persoz ont faite de cette substance dans les arts et l'économie domestique, prend pour point de départ cette assertion de M. Raspail, que l'iode colore l'amidon sans constituer avec lui une véritable combinaison. C'est cette opinion qui semble à M. Langlois devoir être étayée de plusieurs faits nouveaux ; car M. Raspail, dit-il, ne l'avait basée que sur la simple observation, que les granules d'amidon, colorés en bleu par la teinture aqueuse d'iode, et examinés au microscope, conservaient encore leur forme, après avoir été décolorés par un alcali, tel que la potasse ou l'ammoniaque.

Des recherches d'un autre genre, celles de M. Gay-Lussac sur l'iode, l'étude que ce savant chimiste a faite de l'action de ce corps sur l'eau à la température ordinaire, et sous l'influence de la chaleur et de la lumière ; l'observation à laquelle il a été conduit de la formation constante dans ces différentes circonstances des acides hydriodique et iodique : voilà la source à laquelle, conjointement avec celle que nous venons de signaler, M. Langlois a puisé l'idée première de son mémoire. C'est en combinant ces deux données, c'est en rapportant à l'iode uni à l'amidon les considérations que M. Gay-Lussac avait appliquées à l'iode libre de toute combinaison, que M. Langlois a jeté les bases de son travail. Tout son mémoire est là ; les expériences seules, qui ont servi à confirmer ces prévisions, lui appartiennent.

Et d'abord, pour prouver avec M. Raspail, et contrairement à l'opinion émise par tous les autres chimistes qui ont traité cette matière, que l'eau ne se comporte point avec l'amidon uni à l'iode autrement qu'avec l'amidon libre, l'auteur prend de la fécule, dont l'enveloppe des grains est parfaitement intègre, et la met en contact avec une solution d'iode dans l'eau distillée. La liqueur bleue indigo qu'il obtient laisse voir, à l'aide du microscope, les grains de fécule fortement colorés, nageant au milieu d'un liquide incolore. Filtrée à travers un papier multiple, elle passe aussi incolore, si l'iode n'est point en excès, et légèrement ambrée dans le cas contraire : dans le premier cas, la solution d'amidine n'y détermine un précipité bleu que par l'addition du chlore ou d'un acide concentré ; dans le second, la coloration en bleu est immédiate. Ici devaient se placer naturellement les expériences que l'auteur a rejetées à la fin de son mémoire, et qui avaient pour but de démontrer que les divers agens chimiques, les acides, les alcalis, par exemple, n'exercent point sur le composé d'iode et d'amidon d'autre action que celle qu'on leur connaît sur chacun de ces corps isolés. Ces expériences établissent, d'une manière concluante : 1° que l'acide sulfurique concentré ne dissout l'iodure d'amidon qu'en altérant l'amidon au point de lui faire perdre sa propriété de bleuir par l'iode ; que l'acide étendu n'agit point autrement que l'eau. Aussi la première solution est-elle brune, la seconde bleue. Aussi peut-on dans celle-ci apercevoir, au moyen du microscope, les granules colorés nageant au milieu du liquide incolore ;

2° Que l'acide nitrique a une action analogue, soit concentrée, soit étendue, qu'il ne dissout l'amidon qu'en l'altérant, dégageant lui-même de l'acide nitreux, et transformant par son oxigène tout l'iode en acide iodique ; la preuve, c'est que l'addition de la dextrine ne change point la couleur rouge de la liqueur due, suivant l'auteur, à la présence de l'acide nitreux, et qu'au contraire l'addition de l'acide sulfureux rétablit sur-le-champ la couleur bleue ;

3° Que les acides sulfureux hydrosulfuriques transforment dans l'iodure d'amidon tout l'iode en acide hydriodique ; le premier par l'hydrogène de l'eau, le second par son hydrogène propre ;

4° Que l'action des alcalis sur ce composé est facilement prévue, d'après celle qu'ils exercent sur l'iode libre qu'ils transforment en iodates et hydriodates, et sur la fécule qu'ils dissolvent, même lorsqu'elle est privée d'iode ;

5° Qu'enfin l'éther et l'alcool décolorent facilement l'iodure d'amidon, en raison aussi de la facilité avec laquelle ils dissolvent l'iode.

Jusqu'ici tout rentrait dans le domaine des analogies prévues, certains autres points s'en écartaient davantage ; par exemple, le phénomène de décoloration de l'iodure d'amidon par la chaleur, que M. Pelletier expliquait par la combinaison de cette matière bleue avec le liquide ; plusieurs autres chimistes après lui, par la transformation de l'iode en acide hydriodique, au moyen de l'hydrogène, de l'amidon ; M. Raspail enfin, par la volatilisation du principe de l'amidon, auquel il attribuait la propriété de bleuir par l'iode. Au reste, cette assertion a été promptement démontrée fausse par M. Guibourt, qui a constaté, comme après lui M. Langlois, que la dextrine ne perd pas par la dessiccation, ainsi que l'affirme M. Raspail, la propriété de bleuir par l'iode. Mais dans toutes ces hypothèses, dit M. Langlois, comment expliquer le rétablissement de la couleur par un hydracide ? La chose paraissait impossible ; elle cesse de l'être dès que l'on peut prouver qu'il ne se forme point seulement dans ce cas

de l'acide hydriodique, mais encore de l'acide iodique, et c'est ce que l'auteur a fait. Ici nous le laissons parler.

« Un litre de solution aqueuse d'iode filtrée fut ensuite coloré par de l'amidine dissoute dans une certaine quantité d'eau. J'obtins de cette manière une dissolution d'iodure d'amidon d'un bleu très-foncé.

» Cette dissolution, soumise à une température de 80 à 90 degrés, ne tarda pas à se décolorer, le chlore y rétablit instantanément la couleur, tandis que l'acide sulfureux fut sans action. L'existence de l'acide hydriodique paraissait dès lors prouvée; mais non celle de l'acide iodique. Persuadé *à priori* que ce dernier acide devait se trouver dans la liqueur, et que si l'acide sulfureux ne décelait pas sa présence, cette circonstance ne pouvait dépendre que de la faible quantité de l'acide iodique existant, j'ai pensé qu'il fallait concentrer la solution d'iodure décolorée. Pour éviter que les deux acides de l'iode se décomposassent mutuellement par la concentration, j'ai versé préalablement dans la liqueur incolore quelques gouttes d'ammoniaque afin de former un hydriodate et un iodate. La liqueur concentrée jusqu'à ne plus représenter que la valeur d'un décilitre environ, fut colorée en bleu très-intense, par l'addition d'une seule goutte d'acide sulfureux. Le chlore produisit aussi la couleur bleue, mais il avait agi en s'emparant de l'hydrogène de l'acide hydriodique, tandis que l'acide sulfureux avait enlevé l'oxigène de l'acide iodique. Cette observation explique pourquoi l'iodure d'amidon se décolore d'autant plus facilement que la quantité d'eau est plus grande, et pourquoi aussi la dissolution trop concentrée peut être chauffée sans perdre sa couleur. En effet, l'eau saturée des acides hydriodique et iodique ne peut plus avoir d'action sur l'iode, puisqu'il faut que les deux acides coexistent dans des proportions données pour rester en présence sans se décomposer.

» L'existence des acides iodique et hydriodique dans la solution d'iodure d'amidon décolorée par la chaleur, indique donc clairement la manière d'agir des acides concentrés ou légèrement affaiblis sur cette liqueur. S'ils rétablissent la couleur bleue, ce n'est point parce qu'ils décomposent, comme on le dit, l'acide hydriodique, mais bien parce qu'ils s'emparent de l'eau nécessaire à l'existence des deux acides iodique et hydriodique, qui, privés de ce liquide, réagissent l'un sur l'autre, forment une faible quantité d'eau par l'union de l'oxigène avec l'hydrogène, et laissent en liberté l'iode qui colore de nouveau l'amidon. La preuve que les choses se passent ainsi, c'est que si l'on ajoute primitivement une goutte d'acide sulfureux à la liqueur décolorée, les acides étendus et même concentrés perdent la propriété de la ramener au bleu, tandis que le chlore jouit toujours de cette propriété. Il est évident que l'acide sulfureux a servi à faire passer tout l'acide iodique à l'état hydriodique. »

En résumé, nous pensons que l'auteur a justifié suffisamment les conclusions suivantes qui terminent son mémoire et que nous allons rapporter ici :

« 1° L'iodure d'amidon intègre, qu'il soit rougeâtre, violet, bleu ou noir, est toujours insoluble dans l'eau froide.

» 2° La solution aqueuse d'iodure d'amidon ne se colore par la chaleur que parce que l'eau, à l'aide de ses élémens, transforme l'iode en acides hydriodique et iodique.

» 3° La propriété qu'elle possède, sous certaines conditions, de reprendre, en refroidissant, une partie de sa couleur primitive, dépend d'une réaction ultérieure des deux acides que je viens de nommer.

» 4° Les acides concentrés ou étendus ne rétablissent la couleur bleue qu'en s'emparant de l'eau nécessaire à l'existence simultanée des acides, de l'iode; car si premièrement on ajoute à la liqueur quelques gouttes d'acide sulfureux, le phénomène de coloration ne se produit plus.

» 5° Les acides sulfurique, nitrique, hydrochlorique sulfureux, hydrosulfurique, le chlore, les alcalis, l'éther et l'alcool se comportent avec l'iodure d'amidon, comme si la substance végétale et l'iode s'y trouvaient dans un état d'isolement.

» 6° Ces diverses considérations nous permettent d'affirmer que l'iode ne forme pas avec l'amidon une combinaison dans le sens propre du nom, mais bien un mélange uniquement caractérisé par sa couleur : en conséquence l'iodure d'amidon ne semble plus pouvoir désormais figurer au nombre des composés chimiques. »

De l'altération de l'air par la germination et la fermentation; Mémoire de la Société de physique et d'histoire naturelle de Genève.

(EXTRAIT.)

« Les auteurs qui ont recherché les changemens que les graines germantes produisent dans l'air, dit M. Théodore de Saussure, se sont accordés à reconnaître qu'elles en détruisent l'oxigène et qu'elles y forment de l'acide carbonique, mais ils ont différé sur le résultat de ces deux effets. Schèele, en opérant sur les pois, a trouvé que la germination ne change pas le volume de l'air, et que la destruction de son oxigène est égale à la production de l'acide carbonique; mes observations m'avaient fourni le même résultat; M. Ellis, en employant la graine précédente, a trouvé que la disparition de l'oxigène de l'air est plus grande que la formation de l'acide carbonique. On a mis quelqu'importance à cette discussion, parce qu'en se conformant aux derniers résultats, l'oxigène est employé à se fixer dans la graine, tandis que par les premiers il ne serait destiné qu'à lui enlever du carbone. Le détail de toutes ces observations indique que si l'oxigène se fixe dans la graine, cette fixation n'a lieu qu'en très-petite quantité, relativement à celle qui est employée à la formation de l'acide carbonique.

Ces observations, faites par des procédés beaucoup plus précis que les précédentes, montrent que la germination dans l'air atmosphérique ne peut pas servir à établir une règle générale sur la destruction de l'oxigène et la production relative d'acide carbonique pour toutes les graines. Dans les unes, tels que le blé et le seigle, la formation de l'acide carbonique serait égale en volume à la destruction de l'oxigène; dans d'autres graines, tels que les haricots, la production du premier gaz l'emporte sur la destruction du

second ; avec d'autres graines, la différence a lieu en sens inverse du précédent. Ces effets opposés peuvent s'observer dans la même graine, tels que les fèves et les lupins, suivant l'époque plus ou moins avancée de la germination. Dans la première époque, l'acide carbonique produit l'emporte sur l'oxigène consommé ; dans la seconde c'est le contraire ; on conçoit que, dans le cas où la même graine produit deux résultats opposés à deux époques successives, il y en a une intermédiaire, où par une exacte compensation la destruction de l'oxigène parait égale à la formation de l'acide carbonique ; on peut expliquer ainsi les contradictions des observateurs qui n'ont pas décrit les circonstances de leurs opérations.

Les résultats que je viens d'énoncer, et qui sont remarquables par leurs variations, se rapportent à la germination dans l'air atmosphérique ; mais ils ne donnent plus lieu aux mêmes écarts lorsqu'elle s'opère dans le gaz oxigène à peu près pur ; dans ce cas, la destruction de ce gaz par les graines précédentes y est constamment plus grande que la formation de l'acide carbonique ; avant de remonter à la source de la différence principale que présentent ces deux atmosphères, je dois remarquer que les grains tuméfiés par l'eau, et placés dans du gaz azote pur, peuvent, par un commencement de fermentation, y émettre une petite quantité d'acide carbonique, sans perdre par cette émission initiale leur faculté germinative au contact de l'air ; elles la perdent seulement par une fermentation plus avancée dans l'azote pur.

La différence entre les effets de la germination dans l'air atmosphérique, et ceux qu'elle produit dans le gaz oxigène, paraît dépendre de ceux que présente la décomposition spontanée de plusieurs substances organiques à l'aide de l'eau ; elles exhalent les deux élémens de l'acide carbonique dans des milieux dépourvus de gaz oxigène, tandis qu'elles n'abandonnent que le carbone de cet acide dans une atmosphère de gaz oxigène.

Les effets opposés, produits par le développement d'une même graine dans l'air atmosphérique, peuvent se rapporter à l'une ou à l'autre des circonstances précédentes ; lorsque la graine commence à s'ouvrir, elle offre trop peu de contact à l'oxigène de l'air pour être privée de l'influence qu'exerce le gaz azote pur, qui fait exhaler à cette graine les deux élémens de l'acide carbonique ; tandis que par un développement ultérieur elle offre assez de surface à l'air pour s'y comporter comme dans l'oxigène ; on conçoit que l'effet de l'enveloppement initial dans l'air atmosphérique peut disparaître lorsqu'on lui ajoute une grande quantité d'oxigène.

D'après ces considérations et celles des principes d'une graine, qui ne sont pas en totalité essentiels à son développement, on doit admettre que, dans toutes les germinations que j'ai opérées, soit avec l'oxigène pur, soit avec l'air, il y a eu fixation de gaz oxigène ; mais qu'elle n'a pas toujours été sensible dans l'air, parce que les graines y ont perdu de l'oxigène dans de l'acide carbonique dont elles ont fourni seulement alors les deux élémens.

Absorption du gaz azote dans la germination. Toutes les expériences que j'ai faites sur les graines germantes dans l'air atmosphérique montrent qu'elles diminuent son azote en plus ou moins grande quantité. Cette diminution quelquefois très-notable est quelquefois si petite qu'elle paraît se confondre avec les erreurs d'observations, mais la constance des résultats ne laisse aucun doute sur la réalité de cette absorption, on pourrait soupçonner qu'elle est uniquement l'effet d'une imbibition due à la porosité ; on doit observer qu'elle n'y contribue qu'en partie, parce que la graine germante, après avoir séjourné plusieurs jours dans l'air ou pendant un temps suffisant pour qu'elle fût saturée d'azote, n'a pas laissé de continuer à absorber ce gaz ; mais on peut admettre que la porosité contribue en partie à cette fixation, parce que les graines que j'ai éprouvées n'absorbent point d'azote dans une atmosphère où l'oxigène est en beaucoup plus grande proportion que dans l'air ; ainsi cette condensation n'est que peu ou point sensible pour les pois en germination dans une atmosphère composée de parties égales d'azote et d'oxigène ; or, l'on sait que dans les absorptions dues à la porosité, la présence d'un gaz met en partie obstacle à la condensation d'un autre gaz.

D'après cette observation, réunie à la première, on ne doit considérer l'action de la porosité que comme une auxiliaire de la fixation de l'azote dans la graine germante.

J'ai trouvé que quelques substances végétales en fermentation absorbent de l'azote de l'air qui les environne ; tels sont les pois qui ont été privés de leur faculté germinative par une longue subversion dans l'eau. Quoique les graines que j'ai fait germer dans l'air n'aient point paru souffrir, je n'entrerai dans aucune discussion à ce sujet, parce qu'il est impossible de distinguer toujours dans une plante vivante les effets de la végétation de ceux d'une fermentation qui peut n'avoir lieu que dans des parties qui échappent à notre examen.

On opposera sans doute aux résultats de la germination ceux de la végétation des plantes feuillées, où l'absorption du gaz azote n'a pas été reconnue ; mais quoique cette fonction y soit certainement trop faible pour subvenir à l'entier développement de leurs fruits, elle doit rester jusqu'à un certain point indécise à l'égard de ces dernières ; 1°. parce qu'elles ont beaucoup moins de vigueur en vase clos que les graines germantes, ainsi que je l'ai dit précédemment ; 2°. parce que la forme des vases qui ont servi aux expériences sur la germination a permis d'estimer dans son atmosphère un changement de volume qui n'était pas appréciable avec les appareils adaptés à la délicatesse de la plupart des plantes feuillées et au grand espace qu'elles occupent ; 3° parce qu'elles recèlent dans leur intérieur une plus grande quantité d'air, dont les modifications restent indéterminées.

Ce résumé, que nous venons de donner d'une partie du mémoire de M. Théodore de Saussure, est fondé sur un grand nombre d'expériences que nous regrettons de ne pouvoir rapporter en détail. Ces expériences, faites avec une grande précision dans des appareils plus perfectionnés que ceux qu'on avait employés jusqu'alors, ont fourni, comme on le voit, des résultats qui auraient échappé aux premiers observateurs et à M. de Saussure lui-même.

La deuxième partie de cet intéressant mémoire a pour objet de déterminer l'absorption et l'exhalation de certains gaz, particulièrement du gaz azote pendant la fermentation des matières organiques.

Nous en donnerons un extrait dans le prochain numéro.

A. B.

JOURNAL

DE CHIMIE MÉDICALE,

DE PHARMACIE ET DE TOXICOLOGIE.

OCTOBRE 1834.

Sur la vente des racines d'eupatoire à feuilles de chanvre, pour celles de la valériane officinale ; par P. FLEUROT, pharmacien à Dijon.

Ayant eu l'occasion de faire acheter de la racine de valériane chez un droguiste de notre ville, on m'a présenté des échantillons de ce que je demandais au prix de 60. c. et 1 f. la livre. Surpris qu'il pût y avoir une telle différence dans la valeur commerciale d'une substance aussi commune, je ne tardai pas à m'apercevoir qu'il s'agissait de racines de deux plantes très-distinctes. Je reconnus que la racine à 60 c. était celle de l'eupatoire à fleurs de chanvre, ou d'Avicennes, *Eupatorium cannabinum* L. ; celle à 1 f. était bien de la valériane officinale.

Quoique cette substitution me paraisse grossière et facile à éviter, il m'a semblé qu'elle devait être signalée. Lorsqu'il y a des vendeurs, il se trouve certainement des acheteurs, et ce fait me rappelle qu'ayant chargé, il y a quelques années, un homme qui a l'habitude de ce petit commerce de me recueillir de la racine de valériane, plante assez commune aux environs de Dijon, il m'apporta celle d'eupatoire, en m'assurant que c'était bien de la valériane, et qu'il en avait déjà récolté pour d'autres personnes.

Je crois qu'en pareille circonstance on doit accuser l'ignorance plus que la mauvaise foi ; mais encore ici l'ignorance n'est-elle pas très-coupable : personne ne jugera, je pense, qu'on peut, sans inconvénient, substituer à un antispasmodique dont les effets bien constatés rendent chaque jour de vrais services à l'art de guérir, un purgatif et un vomitif dont les propriétés, quoiqu'incertaines, n'en paraissent pas moins énergiques, puisqu'on a autrefois parlé de les mettre sur la même ligne que celles de l'ellébore.

Cette substitution est d'autant plus grossière, je le répète, que le plus léger examen fait ressortir des différences très-sensibles. Et d'abord l'odeur particulière et caractéristique de la valériane ne se remarque pas le moins du monde dans l'eupatoire à l'état frais. Cette racine en possède une qu'on a comparée à celle des carottes, au moment où on les ratisse ; mais par la dessiccation, cette odeur disparait en grande partie, tandis que la valériane en acquiert davantage après cette opération. Ensuite la valériane ne présente qu'un faisceau de radicules qui partent du collet, tandis que l'eupatoire offre un corps plus ou moins alongé, droit ou contourné, long de 1 à 4 pouces, garni de radicules ligneuses et plus ténues que dans la valériane.

Mon but n'est, en faisant cette communication, que d'éveiller l'attention des médecins et pharmaciens sur une fraude que j'aime à croire circonscrite, mais qui, tolérée ou ignorée, pourrait avoir des dangers.

RÉFLEXIONS

Sur les opérations des experts-écrivains, par P. H. BOUTIGMY.

En 1833, je fus chargé avec MM. de Ranlot, Bagot et Miocque, de procéder à la vérification d'un grand nombre de pièces arguées de faux, et reprochées à l'accusé S..... qui fut condamné aux dernières assises de l'Eure, du dernier trimestre de 1833.

Les pièces arguées de faux étaient des actes de naissance, de décès, des contrats de mariage, des donations, etc., etc.

Lorsque ces pièces furent saisies au domicile de S....., on saisit également une petite fiole pleine en partie d'un liquide rougeâtre, au milieu duquel nageaient de gros grains qui, au premier examen, pouvaient être pris pour des baies de *phytolacca decandra*. Au fond de la fiole existait un précipité abondant de couleur rouge-brique.

Nous commençâmes notre opération par l'analyse du liquide et des solides contenus dans la fiole. C'étaient : 1° des fruits du *prunus ovinus ;* 2° de la silice ; 3° de l'alumine ; 4° de l'oxide rouge de fer ; 5° du sulfure de mercure ; et 6° de l'urine.

Nous fîmes écrire l'accusé avec cette espèce d'encre rouge, et les divers corps d'écriture qu'il traça sous nos yeux, et les écritures privées de cet individu, saisies à son domicile, comparées avec les pièces arguées de faux, nous convainquirent bientôt de sa culpabilité. Partout, en effet, c'était la même contexture, la même forme, le même toucher, la même inclinaison, etc. ; et en vérité, il ne fallait pas être

très-expert, pour reconnaître et déclarer que S..... était l'auteur des actes argués de faux (1).

La preuve qui résultait de notre examen comparatif, toute puissante qu'elle était, n'était pourtant pas la plus forte. A la rigueur, on peut considérer l'art d'écrire comme une opération mécanique, machinale, dans laquelle les yeux et les doigts entrent pour tout et l'intelligence pour rien. Cela est tellement vrai, que nous avons à Evreux une idiote qui ne sait ni lire ni écrire, et qui pourtant grave parfaitement sur bois, *en copiant servilement les modèles qu'on lui fournit*

Mais il n'en est pas de même de l'orthographe. L'orthographe est une opération de l'intelligence, soit que l'on se rappelle l'étymologie ou l'origine des mots, soit que l'on se rappelle avec quelles lettres on écrit certains mots.

Par exemple, si je ne sais pas le latin, j'écris *pain*, parce que j'ai lu *pain* dans un dictionnaire ou sur la taxe de cet aliment de première nécessité; parce que j'ai lu dans les petites affiches *pain* à la mécanique, *pain* de dextrine, etc.; mais si j'ai mal lu une première fois, et que je fasse plusieurs fois de suite la même faute d'orthographe, il y a cent contre un à parier que je la ferai toujours ou presque toujours par la suite. C'est ce qui est arrivé à S....

Dans les lettres et autres pièces saisies à son domicile, et reconnues par lui pour être de sa main, dans les corps d'écriture tracés sous nos yeux, et dans les pièces arguées de faux, nous retrouvons presque toujours la même orthographe.

Ainsi, le mot *année* est écrit 156 fois par *ennée*.
. . . . . *paroisse* . . . . 80 . . . . *parroisse*.
. . . . . *Elizabeth* . . . 66 . . . . *Elisabeht*.
. . . . . *succession* . . . 32 . . . . *succcessession*,
etc., etc., etc.

Voilà bien, suivant nous, la meilleure, la plus forte de toutes les preuves, *après l'analyse chimique*.

Nous demandâmes aux magistrats à faire l'analyse de l'encre rougeâtre avec laquelle les actes argués de faux étaient écrits; mais cela nous fut refusé, soit que l'on craignît d'annihiler des actes importans (il s'agissait de successions qui s'élevaient à plus d'un million); soit que l'on jugeât ce genre de preuve inutile; et il l'était en effet, tant étaient nombreuses les preuves qui ressortaient et de l'écriture et de l'orthographe de toutes les pièces. Il est aisé de concevoir qu'il nous fut impossible d'affirmer que les actes argués de faux avaient été écrits avec l'encre de la petite bouteille dont il s'est agi : sur ce point, nous n'avons pu émettre notre opinion que sous la forme du doute.

Pour mon compte, je regrette beaucoup de n'avoir pas fait cette analyse; car si l'existence du sulfure de mercure dans les caractères nous eût été démontrée, alors nous aurions pu affirmer que les actes argués de faux étaient bien l'œuvre de *S..... et qu'il les avait écrits avec l'encre contenue dans la petite bouteille saisie à son domicile.*

Mais parce que l'analyse chimique n'était pas absolument nécessaire dans cette circonstance, faut-il en conclure qu'il en sera toujours ainsi? Certes, non; et la conclusion contraire serait, selon nous, beaucoup plus rationnelle.

J'emprunte à la *Gazette des tribunaux* du 12-13 mai des détails sur une affaire qui me paraît propre à corroborer mon opinion, une affaire dans laquelle la chimie devait jouer le principal rôle, et dans laquelle pourtant elle n'est point intervenue.

François F..... notaire à L..... était accusé du crime de faux en écriture privée, et fut conduit pour ce fait devant la Cour d'assises de Bourges. Voici les principales circonstances de ce crime.

F... devait 7,000 fr. à une dame L.... qu'il ne paya pas à l'échéance. Il obtint un nouveau délai, à condition qu'il paierait les intérêts. A cet effet, il se rendit chez M. L..... orfèvre à Bourges, où il écrivit lui-même la quittance avec *une plume et de l'encre qu'il tira d'un rouleau en maroquin qu'il avait apporté avec lui.* M. L..... signa la quittance et la remit à F... qui partit immédiatement. A quelque temps de là, madame L..... réclama les 7,000 fr. qui lui étaient dus; mais F..... répondit qu'il ne devait que 1,000 fr., et exhiba la quittance dont il a été question plus haut, et à la fin de laquelle se trouvait un reçu de 6,000 fr. Il paraît que F.... s'était ménagé de l'espace entre la dernière ligne de la quittance primitive et sa date, et qu'il écrivit le reçu de 6,000 fr. dans cette intervalle.

L'expertise n'avait rien à voir dans cette affaire sur la forme des lettres, puisque tout le monde convenait et affirmait que F..... avait écrit lui-même la quittance. Une autre marche devait donc, ce me semble, être suivie.

De deux choses l'une : ou F..., rentré chez lui, avait écrit le reçu de 6,000 fr. avec *la même plume et la même encre*, ce qui n'est pas probable, ou bien il avait écrit ce reçu avec la même plume (je lui suppose beaucoup de prévoyance) et l'encre dont il se servait habituellement dans son cabinet, ne soupçonnant pas qu'il pût y avoir de différence.

Dans le premier cas, les experts chimistes se seraient trouvés comme dans ces cas d'empoisonnement où le corps du délit ne peut être retrouvé, et où les jurés condamnent

---

(1) Les cas de faux sont souvent difficiles à juger, car il est des faussaires qui savent parfaitement imiter les écritures; non-seulement nous en avons vu des exemples, mais dans les siècles les plus reculés déjà de ces imitateurs étaient connus. En 1598, *leaux Sébastien* avait imité la signature et l'écriture *de Sébastien de Portugal*, de façon que ces écritures fausses ressemblaient à celles faites par ce prince en 1578, lorsqu'il passa en Afrique contre les Maures. En 1608, François Cara, médecin, reçut la somme de 10,000 ducats à Venise, à l'aide de fausses lettres de change imitées de celles d'un banquier de Naples. En 1728, un Français à Londres, reçut du banquier du sieur Chaters 3 à 4,000 liv. sterl., sur de fausses lettres de change que ce Français avait tirées de Spa au nom dudit Chaters; ces billets étaient appuyés de lettres d'avis très-détaillées, et Chaters, lorsqu'on les lui présenta, crut reconnaître son écriture. Enfin, dans l'histoire secrète de Procope, on cite Priscus, qui avait contrefait un grand nombre d'écritures avec une telle habileté, que ces contrefaçons furent le sujet d'une constitution de Justinien.

d'après un grand nombre de témoignages ou d'indices, ainsi que cela est arrivé à l'égard de F.....

Dans le second cas, les chimistes auraient signalé des différences notables dans l'encre des lignes argués de faux, et celle des autres lignes reconnues vraies par les parties. Tout le monde sait, en effet, que l'encre s'altère plus ou moins vite, plus ou moins profondément, suivant la nature des vases où elle est contenue, et suivant qu'elle est ou non opposée à l'action de l'air ambiant.

Mais ici, suivant quelques chimistes, se présentent de grandes difficultés analytiques. Eh bien! c'est une erreur: rien n'est plus facile qu'une opération de ce genre; car il ne s'agit pas d'une analyse qualitative, encore moins d'une analyse quantitative, mais bien d'une analyse comparée. C'est une opération microscopique, dira-t-on, et j'en conviens. Mais avec les *tubes-éprouvettes* employés avec tant de succès par Berzélius et Roze, et depuis par tous les chimistes français, ces sortes d'analyses sont très-faciles.

Je n'oserais indiquer la marche à suivre dans une analyse de ce genre: tous les chimistes la trouveront dans leur instruction et dans leurs souvenirs; il ne leur faut qu'un peu de sagacité, une certaine habitude d'observer et de manipuler, beaucoup d'attention, et surtout une conscience à toute épreuve.

Je vais maintenant hasarder mon opinion sur la méthode qui devrait être suivie pour la vérification des écritures.

Jusqu'à présent l'on n'en connaît que deux qui semblent s'exclure mutuellement: ce sont *la méthode de l'expert écrivain, ou comparative* (1) et la *méthode chimique ou analytique*. La véritable méthode, suivant nous, devrait résulter de la combinaison de celles que nous venons d'indiquer (2); et la nécessité d'une nouvelle méthode de vérification se fait d'autant plus vivement sentir, qu'une grande uniformité semble devoir s'établir d'ici à peu dans l'écriture de tous les individus, uniformité qui se remarque déjà en Angleterre et en Amérique.

Je n'entreprendrai point ici d'établir une doctrine de vérification, de formuler les principes nouveaux de cet art vraiment utile, et que l'on s'obstine à considérer comme étant essentiellement conjectural. Une pareille tâche est au-dessus de mes forces. Je ne possède point encore assez de documens sur ce sujet pour oser l'entreprendre, et puis les bornes d'un journal ne me permettent pas de donner à mes pensées tous les développemens qu'elles comportent. Je ne ferai donc qu'établir un cadre que le temps et l'expérience rempliront, après en avoir augmenté ou diminué les proportions.

1° Etudier avec beaucoup de soin les écritures de l'accusé saisies à son domicile, et reconnues par lui; noter exactement la ponctuation, l'accentuation et les fautes d'orthographe, s'il en existe.

2° Faire écrire l'accusé s'il y consent, et procéder, comme il vient d'être dit, à l'examen de ces nouveaux corps d'écriture; les comparer aux pièces saisies, et noter les différences, s'il s'en rencontre.

3° Après avoir noté avec exactitude toutes les remarques que l'on aura faites sur l'écriture de l'accusé, et s'être bien pénétré de tous les caractères qui lui sont propres, on procédera de la même manière à la vérification des actes argués de faux.

4° On examinera de même l'écriture de la personne que l'accusé voulait imiter.

5° L'examen comparatif étant terminé, on procédera à l'examen chimique, suivant la méthode de M. A. Chevallier, sauf dans le cas suivant et ses analogues.

Une lettre de change est tirée de Paris sur Evreux; elle est acceptée, et l'acceptation est datée de la seconde ville; puis elle est passée successivement à l'ordre de négocians de Louviers, de Bernay, de Pont-Audemer et des Andelys. Si une pareille pièce est arguée de faux, on fera l'analyse comparée de toutes les signatures et du corps de la lettre, et s'ils fournissent les mêmes résultats, on aura *la preuve mathématique* de la fausseté de la pièce.

Cette dernière partie de la vérification peut offrir, suivant quelques personnes, un grave inconvénient, en ce qu'elle détruit totalement ou en partie les pièces arguées de faux; mais cet inconvénient n'a point autant de gravité qu'on le pourrait croire au premier abord. Il suffit, en effet, pour le faire disparaître, de faire faire par le greffier une copie figurative et collationnée de la pièce qui doit être soumise à la vérification, et de la faire légaliser par le président ou par un juge du tribunal.

Telle est, en abrégé, la méthode que j'ai l'honneur de proposer et de soumettre au jugement des experts. Est-elle la meilleure dans l'état actuel des sciences? Je le crois, mais je ne l'affirme pas.

(1) Le premier ouvrage un peu considérable sur le faux en écriture est dû au sieur Raveneau, écrivain-juré à Paris, imprimé en 1656, et ayant pour titre: *Des inscriptions en faux et des reconnaissances d'écritures et de signatures*. Dans cet ouvrage, l'auteur indique l'art d'effacer l'écriture, de faire revivre celles qui sont anciennes et presque effacées; il indique les artifices des faussaires pour contrefaire les écritures. Non content d'instruire le public, Raveneau se servit bien ou mal de son talent: il fut arrêté en 1682, condamné à une prison perpétuelle. La vente de son ouvrage, contenant des renseignemens utiles aux faussaires, fut défendue comme étant pernicieuse.

(2) Les experts qui voudront avoir des notions exactes sur la première de ces deux méthodes, devront lire la brochure de M. Saint-Omer, qui se trouve chez Bachelier, quai des Augustins, n° 55.

Examen de taches qui avaient été considérées comme faites par du sang.

Nous, Charles-Prosper Ollivier d'Angers, docteur en médecine, membre de l'Académie royale de médecine, demeurant rue des Fossés-Saint-Germain-l'Auxerrois, n°. 29, et Jean-Baptiste Chevallier, chimiste, membre du Conseil de salubrité et de l'Académie royale de médecine, demeurant quai Saint-Michel, n°. 25, chargés, par suite d'une commission rogatoire de M. Joseph-César de Saisseval, juge d'instruction de l'arrondissement de Château-Thierry, transmise à M. Michel-François Dieudonné, juge d'insrruction près le

tribunal de première instance de la Seine, de donner notre avis sur les taches existantes sur un pantalon appartenant au sieur Claude-François R.., inculpé d'avoir assassiné le nommé Antoine Perché, et de répondre aux questions suivantes :

1°. *Si le bas du pantalon soumis à notre examen n'a pas été lavé ;*

2°. *Si plusieurs des taches, et notamment une placée au genou, ne sont pas des taches de sang ;*

3°. *Si ce sang est du sang humain, ou si c'est du sang d'animal ;*

4°. *Si ces taches sont anciennes, de neuf à dix mois, ou récentes d'un mois environ ;*

5°. *Si le pantalon lessivé aurait conservé la tache du genou.*

Pour répondre à ces questions, nous nous sommes transportés, les 9 et 10 décembre, dans le cabinet de M. le juge d'instruction ; là, nous avons prêté serment de bien et fidèlement remplir la mission qui nous est confiée, et il nous a été fait remise du pantalon du nommé R..., pantalon portant à la ceinture un billet : portant les signatures : *Cochard, Pointier, Poupion*, et *de Saisseval*, avec ces mots : *Pantalon saisi chez R..., de Verdilly. Verdilly, le 20 novembre* 1831.

La remise du pantalon nous ayant été faite, nous nous sommes rendus, le 10 décembre, dans le laboratoire, de l'un de nous, quai Saint-Michel, n°. 25, où nous nous sommes livrés à l'examen physique et chimique des taches existantes sur le pantalon du nommé R...

Examen physique.

Ce pantalon, qui est en grosse toile bleue, est très-usé ; il est, dans quelques-unes de ses parties, recouvert de plusieurs pièces de toile à peu près de la même couleur. On a remarqué sur ce vêtement :

1°. Sur la partie gauche *du pont* et sur une partie de la doublure, des taches de grandeur différente et de couleur *de rouille foncée*. Des taches semblables, mais plus petites et de couleur moins foncée, existent sur le devant du côté droit du pantalon. Au-dessous de la partie qui correspond au genou, il en existe d'autres ; mais elles sont d'une couleur moins foncée, ce qui paraît dû à un lavage ancien. On en trouve encore d'autres sur le côté droit du fond du pantalon, à la partie postérieure de la cuisse droite.

2°. Sur le devant de la jambe gauche du même pantalon, à la hauteur du genou et près de la couture, on remarque deux taches : l'une de la grandeur d'une pièce de trois francs, l'autre plus étroite. Ces taches sont d'un brun rougeâtre ; elles ont de la ressemblance avec les taches ordinairement produites par le sang ; mais elles ont un brillant qui n'est pas celui qu'on remarque sur les tissus tachés par ce liquide : ces taches semblent avoir quelque chose de graisseux ; on dirait qu'elles ont été étendues, et l'aspect lisse et poli de leur surface peut être dû à un frottement quelconque.

3°. D'autres taches brunes, mais excessivement petites, se font remarquer dans diverses parties du pantalon ; ces petites taches, qui sont de la largeur d'une tête d'épingle, ne traversent pas le tissu, sont situées au bas du devant (seulement) de la jambe gauche, et sur l'autre jambe, à partir de la hauteur du genou, environ jusqu'au bas.

4°. Sur l'ourlet du bas de la jambe droite, on remarque une tache rougeâtre qui paraît avoir été effacée en partie par le frottement du pantalon sur la chaussure ou le *coude-pied*, pendant la marche.

5°. Au milieu du fond du pantalon, près de la couture, on remarque plusieurs petites taches d'un brun rougeâtre ; ces taches sont rapprochées, et forment un groupe dans une étendue de six lignes en carré ;

6°. Sur différentes parties du pantalon, et notamment au bas du devant de la jambe gauche, on voit de larges taches sinueuses, jaunâtres, analogues à celles qui résulteraient du lavage partiel d'un tissu taché par un liquide coloré.

7°. On remarque sur le derrière de la jambe gauche une tache grisâtre assez épaisse ; cette tache est due évidemment à de la boue desséchée.

L'examen physique du pantalon étant terminée, et l'heure étant avancée, nous remîmes au lendemain 11 l'examen des taches que nous avions remarquées sur ce vêtement.

Examen chimique.

Une partie du tissu qui supportait les *taches couleur de rouille foncée* (taches qui se trouvaient sur la partie gauche du pont et sur une partie de la doublure) fut enlevée à l'aide de ciseaux, et mise en contact avec de l'eau distillée ; elles ne changèrent nullement de teinte ni ne colorèrent l'eau : celle-ci, évaporée, ne donnait rien. De nouvelle eau ayant été aiguisée d'acide hydrochlorique pur, et ayant été mise en contact avec le tissu, on reconnut, après douze heures d'immersion, que le liquide était coloré en jaune, et que le tissu était décoloré. La liqueur acide enlevée du tissu, soumise à l'évaporation dans une capsule de porcelaine, a fourni un résidu jaune, ayant les propriétés de l'hydrochlorate de fer. En effet, ce sel précipitait en blanc par le nitrate d'argent, en bleu par le prussiate de potasse, en noir par l'acide gallique, en brun par l'ammoniaque calciné, dans un creuset ; il a laissé pour résidu de l'oxide de fer ? ces taches étaient donc bien évidemment *des taches d'oxide de fer, dites de rouille.*

Les taches qui existaient sur le devant de la jambe gauche du même pantalon, à la hauteur du genou, et qui avaient beaucoup d'analogie avec les taches qui sont produites par le sang, ont été enlevées en grande partie à l'aide de ciseaux ; elles ont été ensuite mises en contact avec de l'eau distillée pendant une heure. L'eau distillée ne se colorant pas, nous prîmes le parti de laisser en contact encore pendant deux heures ; il n'y eut pas de coloration en rouge, mais bien une coloration jaunâtre. Le liquide qui était resté sur les morceaux de tissu taché ayant été soumis à l'analyse, ne put nous faire reconnaître de traces de sang dans ce liquide. En effet, il ne se troublait pas par la chaleur, et ne donnait pas de coagulum. Traitée par la potasse, la solution ne se colora pas. Enfin, aucun de ces essais ne put nous démontrer la présence du sang dans ce liquide, et par conséquent sur le tissu que nous avions à examiner.

La même expérience a été répétée dans tous ses détails

sur une autre portion du tissu que recouvraient les taches du genou ; mais en versant d'abord l'eau distillée chaude sur les morceaux de toile tachée ; l'action de la chaleur n'a pas rendu la teinte de l'eau de lavage plus chargée en couleur ; et les autres essais déjà exposés, faits ultérieurement sur ce liquide refroidi, n'ont produit aucun résultat.

Ce tissu, retiré de l'eau et séché, a été de nouveau soumis à un examen à la loupe, dans le but de chercher à reconnaître la nature de la substance qui formait la tache. Cet examen ne donna lieu à aucune remarque propre à nous éclairer.

Voulant reconnaître si la matière qui avait fait tache était de nature grasse, nous introduisîmes le tissu dans un petit ballon de verre ; nous y ajoutâmes de l'alcool à 40°, et nous fîmes bouillir. La liqueur alcoolique décantée, filtrée et évaporée, a laissé pour résidu une matière grasse en assez grande quantité ; mais rien ne put nous indiquer si cette matière provenait de la tache, puisqu'une petite portion du tissu du pantalon enlevée à côté de la tache a fourni de même par l'alcool, une petite quantité de matière graisseuse.

Les taches, excessivement petites, enlevées dans diverses parties du pantalon, traitées par l'eau distillée et les réactifs, ne nous donnèrent aucun résultat qui pût nous faire reconnaître la présence du sang. Quelques essais faits avec des matières grasses sanguinolentes, dans le but d'éclairer la question, et pour rechercher si elles ne tacheraient pas le tissu de la même manière, ont été sans résultat.

La tache qui était sur l'ourlet, et celle qui était sur le fond du pantalon, et formée par une agglomération de petites taches, ont été traitées séparément par l'eau et par les réactifs déjà indiqués : aucuns des phénomènes produits n'ont pu nous faire apercevoir la moindre trace de sang.

Les grandes taches qu'on aperçoit sur le pantalon, taches qui sont bien visibles, et qui donnent plus de consistance à la toile là où elles existent, ont été examinées ; mais elles ne nous ont fourni aucun indice qui pût nous faire connaître si elles provenaient ou non de ce que le pantalon aurait été taché de sang et imparfaitement lavé. Ces essais et les précédens ont été répétés avec le plus grand soin, et nous ont toujours donné les mêmes résultats.

De ce qui précède, il résulte qu'on peut répondre de la manière suivante aux questions qui nous ont été posées :

Sur la première question.

Le bas du pantalon a été lavé ; mais ce lavage a été mal opéré, ainsi qu'on peut s'en convaincre par la vue et par le toucher ; mais rien n'indique quelle est la substance qu'on a eu l'intention d'enlever par le lavage.

Sur la deuxième question.

Nos expériences n'ont pu nous faire reconnaître la moindre trace de sang dans les taches que nous avons signalées et décrites ; quelques-unes de ces taches ont été reconnues comme formées par de l'oxide de fer.

Sur la troisième question.

Nous n'avons rien à répondre à cette question, puisque nous n'avons pas trouvé de sang sur le pantalon que nous avions à examiner.

Sur la quatrième question.

Les taches sont de plusieurs époques ; aussi des taches de rouille sont anciennes, tandis que d'autres sont plus récentes ; mais il est impossible, dans l'état actuel de nos connaissances, de déterminer depuis quel temps ces taches existent sur le vêtement.

Sur la cinquième question.

Si le pantalon avait été *lessivé*, la tache du genou aurait disparu par ce lavage.

Paris, ce 26 décembre 1831.

Rapport fait dans l'affaire Benoît (Versailles).

Les taches qui sont sur le gilet rouge violâtre, taches dont vous m'avez chargé de déterminer la nature, n'ont pas été faites par du sang, mais bien par un acide assez fort pour détruire la couleur du gilet. Ces taches rougissent fortement le papier de tournesol ; elles pourraient être attribuées au suc d'un fruit acide et probablement à du suc de citron, mais la petite quantité de ces taches ne nous permet pas d'examiner quel est l'acide qui a fait ces taches.

Aucune des taches qui existent sur les deux chemises que vous me présentez, ne sont dues à du sang ; la tache faite à l'extrémité du derrière de la chemise que nous avons marquée A, sur le col, ne contient pas de sang ; cette tache est due à des matières excrémentitielles qui avaient une teinte jaune rosâtre. Je me suis basé, pour dire que ces taches ne contenaient pas de sang, sur les expériences suivantes : une portion de cette tache enlevée de la chemise et traitée par l'eau, a fourni par ce liquide une solution d'un jaune rosâtre ; mais cette solution chauffée, ne le coagulait pas ; ce qui aurait eu lieu si la tache eût contenu du sang ; ce liquide donnant avec l'eau un solution qui se coagule par l'action de la chaleur, tandis que celle obtenue une s'est pas coagulée ; elle est restée claire, et la couleur jaune était devenue plus rose : nous attribuons cette couleur rose à l'influence de quelques alimens ; mais nous ne reconnaissons pas dans ces taches la présence du sang.

L'examen des bottes de Benoît ne nous a pas permis d'apercevoir sur elles la moindre trace de sang.

Le rasoir que vous m'avez présenté est ébréché dans la partie supérieure de la lame. On remarquait une tache sur la partie supérieure de la lame, du côté opposé à celui qui porte le nom de *Gilet, rue de Charenton.* Cette tache mouillée nous avait paru être tachée en rouge ; mais toutes les recherches que nous avons faites ont été inutiles, et rien n'a pu nous faire reconnaître dans cette tache la présence du sang. Du papier mouillé, passé entre le manche du rasoir, en est sorti sans être taché en rouge, seulement ce papier était sali en quelques parties par un peu de matière grasse ; du papier roulé et mouillé légèrement, passé sur la partie supportant la lame, ne s'est pas taché en rouge.

Les deux bouteilles que vous me présentez, et qui portent

l'adresse de M. D., rue Vivienne, sont des mélanges que l'on vend à Paris chez tous les coiffeurs. Ces mélanges sont formés de chaux éteinte et impure et d'oxide de plomb : les expériences faites devant vous confirment cette opinion. En effet, la solution de ces mélanges dans l'acide nitrique donne un nitrate de plomb et de chaux, et il y a un résidu qui est dû à des matières insolubles, de la silice.

Ces préparations ne contiennent pas de sels d'argent, comme il y en a dans quelques-unes des préparations vendues à Paris pour teindre les cheveux.

Le mélange d'oxide de plomb et de chaux est ordinairement employé pour teindre les cheveux en noir. Les ouvrages scientifiques mentionnent cette propriété de l'oxide de plomb mêlé à la chaux ; mais je ne sais si on modifie la composition indiquée par les chimistes, pour lui donner la propriété de teindre les cheveux en blond. A. C.

Examen d'un poignard, pour reconnaître s'il est taché de sang.

Nous Jean-Baptiste Chevallier, pharmacien chimiste, membre de l'Académie royale de médecine, demeurant quai Saint-Michel, n° 25, chargé, par ordonnance de M. Dieudonné, juge d'instruction près le tribunal de première instance, d'examiner un poignard de théâtre saisi au domicile du nommé Antoine-Joseph Armand, pour voir si, sur la lame ou toute autre partie de ce poignard, il ne se trouverait pas du sang, afin d'en faire son rapport écrit :

Après avoir prêté serment entre ses mains, de bien et fidèlement remplir la mission qui nous était confiée, nous nous sommes rendu le 18 dans notre laboratoire, où nous avons commencé notre travail, en agissant de la manière suivante :

Examen du poignard.

Cet instrument, qui est destiné aux scènes des théâtres, est de la longueur d'environ dix pouces ; la lame, qui a quatre pouces et demi, a une pointe émoussée ; la lame ne coupe pas. La lame de ce poignard était tachée de rouille en quelques-unes de ses parties ; cette rouille, détachée à l'aide d'un canif, a été mise en contact avec de l'eau distillée qui ne s'est pas colorée. Traitée, après douze heures, par l'acide hydrochlorique, cet oxide de fer s'est dissous ; la liqueur évaporée a fourni un sel de fer qui a été redissous par l'eau distillée. Cette solution précipite en brun rouge par l'eau, en noir par l'acide gallique, en bleu par le prussiate de potasse.

De ces faits, il résulte que la lame du poignard était tachée par de la rouille, mais que cette rouille n'avait pas été faite par du sang. En effet, le poignard que nous avons examiné ne pouvait, selon nous, servir à faire couler le sang, mais bien à déterminer des contusions plus ou moins graves.

Paris, le 21 février 1831.

OBSERVATIONS

Sur la préparation du liparolé de bourgeons de peuplier composé, ou pommade de pavots, de jusquiame et de belladone (onguent populéum) ; par P. FLEUROT, pharmacien, conservateur du Jardin des Plantes de la ville de Dijon, etc.

Peu de préparations médicamenteuses ont été le sujet de remarques et d'observations aussi nombreuses de la part des pharmacologistes, que celle de la pommade de pavot, de jusquiame, etc. Cela tient surtout à la difficulté de faire coïncider l'époque de la récolte des substances végétales qui entrent dans sa composition. En effet, les bourgeons de peuplier paraissent en mars et avril ; les plantes narcotiques, pavot, jusquiame noire, belladone et morelle noire ne sont pourvues de toutes leurs qualités qu'au moment de leur floraison, en juin et juillet. De là les uns ont conseillé (c'est le procédé du *Codex*) de faire macérer et conserver les bourgeons de peuplier dans la quantité voulue d'axonge, et d'attendre ainsi le moment de la maturité des plantes pour achever la pommade ; mais on a remarqué avec raison que la graisse, pendant son long contact avec les bourgeons, devient rance, et qu'ainsi on n'obtient qu'un médicament défectueux.

D'autres ont proposé de chauffer le mélange de bourgeons et de matière grasse jusqu'à complète évaporation de l'humidité, puis de recouvrir d'une couche de nouvelle graisse, ou de passer avec expression et de conserver l'axonge chargée des principes résineux et balsamiques des bourgeons, jusqu'au moment de terminer l'onguent.

Quelques-uns veulent qu'on fasse des extraits aqueux et alcooliques avec les bourgeons, pour les mêler à la graisse qui a réagi sur les plantes.

D'autres conseillent l'emploi de la féculе (chlorophylle et albumine) des plantes narcotiques séparées du suc de ces plantes, au moyen de la chaleur, à la place des plantes elles-mêmes.

D'autres enfin, et c'est à ce dernier mode auquel on donne généralement la préférence, conseillent l'emploi des bourgeons secs ; ce qui permet sans doute de préparer le populéum en un seul temps de l'année, celui de la maturité des plantes narcotiques. Mais quel que soit le degré de confiance que l'on doive accorder à ces divers moyens, je pense qu'on peut leur en substituer un dont je me suis servi avec avantage, et qui consiste à remplacer les bourgeons par les jeunes pousses ou *scions* du peuplier.

Ayant remarqué qu'en juin et juillet les jeunes pousses de plusieurs espèces de peupliers sont enduites, surtout à l'aisselle des feuilles supérieures, d'une abondante quantité de cette matière résineuse et balsamique qu'on a pour but de communiquer à la pommade dont il s'agit, je me suis demandé pourquoi on ne leur donnerait pas la préférence, puisqu'elles offrent la possibilité de se servir de plantes toutes fraîches, et dans le même moment. Une autre remarque a dû me conduire à la même conséquence ; c'est celle-ci : il est admis la que propolis dont les abeilles enduisent l'inté-

rieur de leurs ruches est formée en grande partie de cette matière résineuse que fournissent les bourgeons et les jeunes poussés du peuplier. Or, c'est dans le courant de l'été, et non au premier printemps, que les essaims de ces industrieux hyménoptères récoltent cette substance.

Les jeunes pousses des peupliers noir et pyramidal, *populus nigra* et *fastigiata*, sont celles qu'on doit choisir. Cependant, toutes les fois qu'il sera possible de s'en procurer, on devra leur préférer, comme plus riches en matière résineuse, celles du peuplier baumier, *populus balsamifera;* il faut aussi les prendre sur les arbres dont les anciens rameaux ont été coupés au printemps, c'est-à-dire sur ceux de l'année. Je conseille de ne se servir que de la partie tendre des scions, celle qu'on peut rompre sans le secours d'un instrument tranchant, d'enlever les feuilles qui communiquent à la composition une légère odeur herbacée, et de procéder dans les proportions, et comme l'indique le *Codex*, en ajoutant les jeunes pousses, lorsque toute, ou presque toute l'humidité des plantes narcotiques est dissipée, en ayant soin de ne tenir la grasse qu'à une douce température pendant une demi-heure environ, afin que la partie volatile des scions soit conservée le plus possible.

Ainsi préparée, cette pommade est d'une parfaite homogénéité, d'une belle couleur verte; elle possède beaucoup mieux qu'avec les bourgeons secs l'odeur de la résine du peuplier. A cet avantage, il faut ajouter celui de rendre sa confection extemporanée, et d'éviter l'inconvénient de n'obtenir qu'une pommade rance, si on suit l'ancien procédé, ou de conserver des bourgeons qui perdent par la dessiccation une grande partie de leur arome.

NOTE

Sur la découverte de la Pittacale; par le docteur REICHEMBACH.

Si à une solution de picamare encore impure, faite avec 50 parties d'alcool, ou bien de l'huile de goudron, débarrassée de son acide, libre par de la potasse liquide, on ajoute quelques gouttes d'eau de baryte, la liqueur prend tout à coup une très-belle couleur bleue qui passe au bleu indigo au bout de cinq minutes. Ce phénomène est dû à la présence d'une nouvelle substance bleue particulière que l'auteur nomme *pittacale*, et dont il ne donne pas encore le mode de préparation.

Cette substance, par le frottement, prend, comme l'indigo, un éclat métallique cuivreux, dont la couleur passe, suivant le degré de pureté, au jaune d'or qui est tel que toutes les matières sous lesquelles on étend ce corps, telles que porcelaine, verre, papier et toile semblent dorés; elle est insipide, inodore, non volatile, presque pas soluble dans l'eau, mais se tenant suspendue dans un état de ténuité tel, que la liqueur passe à travers le filtre; mais au bout de quelques jours, la matière colorante se précipite, et l'eau devient incolore. Ce corps est sans action sur le tournesol; il se dissout à froid et sans décomposition dans l'acide sulfurique légèrement étendu, et dans l'acide hydrochlorique. L'acide nitrique le décompose; l'acide acétique le dissout en grande quantité. La solution acide est rouge-aurore; elle reprend une très belle couleur bleue par l'addition d'un excès d'alcali. Suivant M. Reichembach, la pittacale est un réactif encore plus sensible que le tournesol à l'action des acides et des alcalis; il est insoluble dans ces dernières qui le précipitent de ses dissolutions sous forme de flocons. L'alcool, l'éther et l'opium ne le dissolvent pas; il donne avec l'acétate de plomb l'hydrochlorate d'étain, l'acétate d'alumine, une belle couleur bleue foncée tirant sur le violet, et se fixe très-bien sur la toile et le coton à l'aide de l'acétate d'alumine et de l'hydrochlorate d'étain et leur communique une couleur bleue solide qui supporte très-bien le contact de la lumière, de l'eau de savon, de l'ammoniaque et du vin. J.-F.

NOTE

Sur le Picamare, par le docteur REICHEMBACH.

Le picamare est cette substance qui communique l'amertume aux produits de la distillation empyreumatique des corps organiques. Pour l'obtenir, on soumet à la distillation du goudron de bois de hêtre; on fractionne le produit et les portions qui ont un poids spécifique de 1,080 1,095, sont versées dans 8 parties d'une solution de potasse d'une pesanteur spécifique de 1, 15, et l'on opère promptement le mélange que l'on abandonne ensuite à lui-même. Il se forme d'abord à la surface une couche d'empione impure, contenant de la *parafine*; puis la liqueur s'éclaircit et se remplit au bout de 24 heures de cristaux brillans, aiguillés ou lamelleux; on décante les eaux-mères, qui ont une couleur brun-noirâtre; on exprime les cristaux; on les fait dissoudre encore plusieurs fois dans une solution bouillante de potasse, jusqu'à ce que les eaux-mères soient incolores, et les cristaux aient une couleur nankin. Ceux-ci sont alors décomposés par de l'acide phosphorique étendu d'eau qui s'empare de la potasse, et il se sépare une huile limpide brunâtre, que l'on distille deux ou trois fois avec de l'eau aiguisée d'acide phosphorique, et que l'on distille ensuite avec précaution sans aucune addition. Pour l'obtenir dans un état de pureté extrême, on fait cette dernière opération sous la machine pneumatique, tant pour empêcher l'accès de l'oxigène, que pour distiller à une moindre chaleur. Ce corps ainsi obtenu est presque incolore, limpide, transparent, d'une consistance d'une huile épaisse, d'une odeur particulière, faible, non désagréable, d'une amertume insupportable, brûlante, puis fraîche comme celle de la menthe poivrée. Son poids spécifique est de 1, 10 sous la pression de 0, 720 et à 20° c. Il jouit d'un pouvoir réfringent considérable, et disperse d'une manière assez marquée les rayons lumineux; mais il le cède pour ces propriétés à la créosote et au carbure de soufre. C'est le principe amer de tous les produits empyreumatiques. L'auteur lui a donné le nom de picamare.

L'oxigène n'exerce point d'action bien sensible sur ce corps à la température ordinaire ; mais soumis à l'ébullition à l'air, il se colore peu à peu en brun : un courant de chlore gazeux le brunit et l'épaissit. Si l'on mêle une partie de brôme avec quatre de picamare, il prend aussitôt une couleur rouge brun foncé avec élévation de température et dégagement de vapeur de brôme ; il donne avec l'iode un mélange liquide de consistance épaisse ; il dissout le soufre, le phosphore et le sélénium ; il se dissout sans décomposition dans l'acide sulfurique, et ce n'est qu'à 150° c. qu'il se décompose. L'acide nitrique le décompose sans formation d'acide oxalique ; il est très-soluble dans l'acide acétique ; il forme avec la potasse des combinaisons cristallines presque insolubles dans l'alcool. Si ce menstrue est étendu d'eau, par l'ébullition, il dissout une grande quantité de la combinaison de picamare qui s'en sépare par le refroidissement sous forme de cristaux blancs, brillans. Ces cristaux sont inaltérables à l'air ; s'ils sont très-impurs, ils deviennent d'un bleu presque indigo. La soude, la chaux, la barite et l'ammoniaque forment aussi des combinaisons avec la picamare. Ce corps est très-peu soluble dans l'eau, puisque 100 parties d'eau n'en dissolvent pas une ; il se dissout en toutes proportions dans l'alcool, l'éther sulfurique, l'éther acétique, l'esprit de bois et la créosote, il ne dissout pas l'asphalte, la paraffine, ni le succin. Ce corps n'exerce pas d'action particulière à l'extérieur sur l'organisme vivant. J. F.

VARIÉTÉS.

Plante qui fournit la gomme ammoniaque.

M. Don, qui a découvert cette plante, en donne la description suivante dans le *Philosophical Journal*, n. 49 :

Dorema : Discus epigynus cyathiformis. Achenia compressa, marginata : costis tribus intermediis distinctis, filiformibus. Vallecula unisitattæ. Commissura quadrivittata. Herba persica, robusta, facie fere opoponacis. Folia ampla, sub-bipinnata. Umbella prolifera, subracemosa. Umbellulæ globosæ, breviter pedunculatæ. Flores sessiles, lanugini submersi. G. T.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ DE PHRÉNOLOGIE HUMAINE ET COMPARÉE,

Accompagné d'un magnifique atlas in-folio de 120 *planches contenant plus de* 600 *sujets d'anatomie humaine et comparée, d'une parfaite exécution;* par J. VIMONT, Docteur en médecine de la Faculté de Paris, Membre honoraire des Sociétés phrénologiques de Paris et de Londres.

Après avoir passé en revue les opinions des anciens anatomistes, physiologistes et philosophes sur le cerveau, considéré comme organe de l'âme, et les procédés employés par plusieurs médecins ou naturalistes pour apprécier l'étendue des facultés intellectuelles de l'homme et des animaux, M. Vimont décrit avec une exactitude et une précision en quelque sorte mathématiques, le crâne de l'homme et des autres animaux vertébrés, considéré dans sa totalité d'abord, puis dans chacune des pièces osseuses qui en constituent les élémens; il fait ressortir avec beaucoup de soin les grandes différences que présente cette boîte osseuse en général, et chacune de ses régions en particulier, selon qu'on l'examine dans telle ou telle famille des animaux que contient la vaste classe des vertébrés. Nous allons mettre sous les yeux du lecteur les propositions générales les plus intéressantes qui découlent des descriptions précédentes (1).

I. La forme du crâne des animaux vertébrés varie prodigieusement, suivant les classes, les ordres, le genre et les espèces; chaque espèce a un type qui lui est propre et qui ne permet pas de la confondre avec une autre. On trouve cependant chez elle des différences assez remarquables de volume, différences qui expliquent celles que présente l'étendue d'action du système nerveux chez les individus de la même famille.

II. La forme du crâne étant donnée, il est facile d'apprécier à l'extérieur celle de l'encéphale, sauf cependant quelques exceptions résultant d'un état maladif et de la présence des sinus chez l'homme et quelques espèces d'animaux.

III. L'homme est de tous les animaux vertébrés celui dont la partie antérieure du crâne se trouve le plus amplement développée; la dinde, la poule et plusieurs espèces d'oiseaux de rivage, sont de tous les oiseaux ceux qui la présentent dans le moins haut degré de développement.

IV. La surface interne du crâne présente, dans un grand nombre de classes, d'ordres et de genres, des dépressions en harmonie avec les reliefs ou plis du cerveau: l'homme, les quadrumanes, tous les ruminans, les pachydermes, les solipèdes, les carnivores (2), sont dans ce cas.

V. La surface interne du crâne de tous les rongeurs et des oiseaux est lisse; on y remarque cependant quelques dépressions ou enfoncemens en rapport avec les parties les plus saillantes de l'encéphale.

VI. Les oiseaux sont de tous les animaux vertébrés ceux dont la surface externe du crâne se trouve le plus en harmonie avec l'encéphale, ce qui est dû au peu d'épaisseur des deux lames qui le composent, et à leur parfait parallélisme (il existe une exception pour le moyen duc et l'effraie); viennent ensuite les rongeurs, puis les petits carnassiers.

VII. Les oiseaux sont de tous les vertébrés ceux dont le crâne présente le plus de symétrie dans sa forme, de manière que toute la partie droite de cette cavité diffère très-peu d'étendue d'avec celle du côté opposé. Plus on s'élève dans la classe des vertébrés, et plus cette symétrie disparaît d'une manière sensible, jusqu'à l'homme, qui est de tous les animaux celui qui la présente dans le plus haut degré (1).

VIII. L'âge amène des changemens remarquables dans la diminution, l'épaisseur et la densité du crâne. Ces changemens sont assez fréquens chez l'homme mais surtout chez les singes, du moins quant à la diminution, viennent ensuite quelques pachydermes, le blaireau et les chiens. Les rongeurs, et surtout les oiseaux, sont, de tous les animaux, ceux dont le crâne éprouve le moins de changement par l'effet de l'âge.

M. Vimont n'oublie pas de signaler toute l'utilité de la connaissance des diverses pièces qui entrent dans la composition du crâne. Sans cette connaissance, en effet, on ne pourrait aborder avec succès la physiologie du cerveau, ni avoir une idée juste et approfondie des relations qui existent entre les diverses parties de l'encéphale et son enveloppe osseuse. Nous ne saurions donc trop recommander (avec M. Vimont) aux personnes qui désirent acquérir des connaissances un peu étendues et positives en phrénologie humaine et comparée, de lire avec soin ses descriptions: elles sont assez claires et assez succinctes pour être facilement comprises. Toutefois, c'est ici le lieu de répéter combien sont favorables pour l'étude dont il s'agit les beaux dessins dont M. Vimont a enrichi son ouvrage. « On fera bien, dit » l'auteur, après avoir suivi nos descriptions sur les dessins, » de revoir encore ceux-ci, sans consulter le texte, en » prenant toujours la précaution de comparer chaque os » chez l'homme, les quadrumanes, les carnassiers, les ron- » geurs et les oiseaux. »

(1) L'ouvrage de Gall, comme le fait observer M. Vimont, est complètement dépourvu de semblables propositions générales sur l'anatomie du crâne des vertébres.

(2) M. Vimont établit dans cette famille une exception pour la taupe, chez laquelle il a trouvé un cerveau lisse.

(1) J'avoue qu'il y a quelque chose d'obscur dans cette proposition. Par la fin de cette proposition, il semble que ce soit le crâne humain qui offre de la symétrie dans le plus haut degré; cependant, il résulte du commencement de cette même proposition que « les oiseaux sont de tous les vertébrés ceux dont le crâne présente le plus de symétrie dans sa forme, mais cette obscurité est dans l'expression et non dans la chose.

Il eût été assez naturel de placer à la suite de la description particulière de chaque os les propositions physiologiques qui s'y rattachent, qui animent, suivant l'expression de M. Vimont, l'objet qui nous occupe, et en rendent l'étude si attrayante. Néanmoins, nous pensons, avec ce savant phrénologiste, que ces propositions seront mieux placées à la suite de l'histoire des fonctions du système nerveux. « Elles » seront d'autant mieux goûtées alors, dit M. Vimont, que, » précédées de la connaissance des fonctions de ce système, » elles feront mieux saisir comment, en variant l'organisa- » tion cérébrale, l'auteur de la nature a su modifier, éten- » dre et développer les diverses facultés de chaque être » pourvu d'un système nerveux cérébral, et dans de telles » proportions, que les actes de ce système fussent cons- » tamment renfermés dans une certaine sphère d'action. » L'univers animal ne présentera alors à l'œil de l'observa- » teur que des myriades de systèmes nerveux mis en jeu, » remplissant des fonctions plus ou moins étendues, plus » ou moins compliquées, et toujours agissant en raison de la » dose du système qui leur a été dévolue. L'histoire des fonc- » tions de chaque partie de ce système nerveux, étudiée » dans la longue série des animaux vertébrés, deviendra » alors la partie la plus intéressante de la physiologie, soit » que l'on veuille expliquer d'une manière plus philosophi- » que les phénomènes de la vie de relation de l'homme et » des animaux, soit que l'on s'attache à modifier et à diriger » son action dans l'espèce qui nous touche de plus près, » l'homme. Et que l'on ne s'y trompe pas : tout ce qui se » rapporte à l'histoire de celui-ci ne pourra désormais être » bien compris, cultivé avec avantage, qu'après avoir été » précédé de la connaissance anatomique et physiologique » de son système nerveux. Que l'on examine avec soin et de » bonne foi tous les travaux des philosophes les plus estima- » bles de l'antiquité et des temps modernes, et l'on se con- » vaincra que si de belles pensées se trouvent répandues » dans leurs ouvrages, il en est mille qui sont seulement » individuelles, et conséquemment impossibles à appliquer ; » que leurs principes, même les mieux fondés en appa- » rence, ne se rattachent à rien, à cause de leur défaut de » connaissances physiologiques ; tandis que l'étude de » l'homme, basée sur la double connaissance de son organi- » sation et des fonctions qu'elle exécute, deviendra le guide » sûr et invariable qui doit servir à diriger les facultés mo- » rales et intellectuelles. »

Après avoir décrit le crâne et généralisé, comme nous venons de le voir, ses observations anatomiques, M. Vimont passe à l'anatomie du cerveau : il suit, pour la description de ce grand organe, la même méthode qu'il avait adoptée pour la description du crâne, c'est-à-dire qu'après avoir étudié le cerveau chez l'homme, où les parties qui le composent sont dans leur plus haut degré de développement, il l'étudie ensuite chez les animaux qui occupent les degrés inférieurs de l'échelle des vertébrés. Toutefois, l'auteur ne s'arrête qu'aux points de vue anatomiques les plus saillans, se réservant des détails plus étendus pour un traité spécial sur l'anatomie du cerveau de l'homme, des quadrupèdes, des oiseaux, etc. (1).

A la suite de sa description du cerveau et de l'indication des précautions à prendre pour la dissection de cet organe, M. Vimont cite les principales propositions anatomiques de Gall et Spurzheim sur le même sujet, et les soumet à une discussion éclairée ; il réfute plus loin plusieurs propositions avancées par d'autres anatomistes sur le système nerveux cérébro-spinal. Nous rapporterons textuellement ici, pour l'instruction des lecteurs, cette partie de l'ouvrage de M. Vimont, dont nous lui laissons, bien entendu, toute la responsabilité.

PREMIÈRE PROPOSITION DE M. SERRES.

(*Anatomie comparée du cerveau dans les quatre classes d'animaux vertébrés ;* ouvrage qui a remporté le grand prix à l'Institut.)

« Il est certain que plus le cou est long chez les oiseaux, » et plus leurs cerveaux et leur moelle sont effilés. »

OBSERVATION.

« Les exemples opposés à cette prétendue loi générale » sont très-nombreux ; nous nous contenterons de donner » ici les suivans : Le héron (pl. LXX, fig. 1), qui a le cou » bien plus long que le perroquet, a cependant le cerveau » bien plus gros et la moelle épinière moins effilée (plan- » che LXXIII) ; l'oie domestique (pl. LXX, fig. 2) a le cer- » veau plus gros et la moelle épinière moins effilée que la » buse commune (pl. LXX, fig. 4). »

IIe PROPOSITION DE M. SERRES.

« Le rapport de volume entre la moelle épinière et le cer- » veau ne porte pas sur tout l'encéphale : il a lieu unique- » ment avec les tubercules quadrijumeaux. La moelle épi- » nière et les tubercules quadrijumeaux sont rigoureuse- » ment développés en raison directe l'un de l'autre, de telle » sorte que le volume ou la force de la moelle épinière étant » donné, on peut déterminer rigoureusement le volume et » la force des tubercules quadrijumeaux. »

OBSERVATION.

« Qui s'attendrait à trouver, après une proposition donnée » avec tant d'assurance, un grand nombre de faits qui lui » sont entièrement opposés? Tels sont les suivans : La moelle » épinière du coucou (pl. LXXIII, fig. 2) est très-petite et » les tubercules bijumeaux très-forts ; la buse (pl. LXX, » fig. 4) a la moelle épinière plus petite que l'oie domesti- » que, et cependant ses tubercules bijumeaux sont plus » gros que ceux de l'oie (pl. *id.*, fig. 2).. ... Il n'est pas » généralement vrai non plus que chez les quadrupèdes, les » tubercules quadrijumeaux soient toujours en raison directe » du volume de leur moelle épinière. Nous avons consigné,

---

(1) Cet ouvrage, qui doit se composer d'un volume in-4° et de 40 planches grand in-folio, ne tardera pas à paraître ; il sera exclusivement destiné aux anatomiste qui voudront avoir une connaissance approfondie de la texture de ce viscère chez les divers animaux.

» dans notre ouvrage sur l'anatomie du cerveau, plus de » quinze cas entièrement opposés à l'assertion de M. Serres.»

IIIe PROPOSITION DE M. SERRES.

« Les tubercules quadrijumeaux sont développés dans » toutes les classes, en raison du volume des yeux. »

OBSERVATION.

« Cette prétendue loi générale présente beaucoup d'exceptions : Le héron (pl. LXX, fig. 1), dont les yeux sont » très-volumineux, présente des tubercules bijumeaux » assez gros ; mais dans la grande chouette des bois (planche LXXIII, fig. 5), dont les yeux sont plus volumineux » que ceux du héron, il est facile de voir que les tubercules bijumeaux sont cependant plus petits..... La caille, » dont les yeux sont peu volumineux, présente néanmoins » des tubercules bijumeaux très-forts (planche LXXXIII, » fig. 7). »

IVe PROPOSITION DE M. SERRES.

« La moelle épinière est développée dans toutes les classes, en raison directe du volume du lobe médian du cervelet. »

OBSERVATION.

« Jamais proposition ne fut moins exacte : on sait que » tous les oiseaux n'ont que ce lobe médian ; conséquemment, en jetant un coup-d'œil sur les planches de notre » atlas, on verra combien la proposition de M. Serres est » erronée. Le coucou, le héron, l'huîtrier, la buse, le canard pilet, ont un cervelet très-fort et nullement en rapport avec leur moelle épinière. »

Ire PROPOSITION DE M. DESMOULINS. (1).

« Presque toutes les espèces du genre marte ont le cerveau lisse ; il n'y a pas un seul sillon à celui de la belette. »

OBSERVATION.

« Décidément M. Desmoulins n'a jamais disséqué le cerveau de l'un des animaux appartenant à une seule espèce » de ce genre ; car tous, sans exception, présentent un » cerveau à circonvolutions très-distinctes (*voy.* pl. LXXIV, » fig. 5, le cerveau de la belette ; et pl. LXXV, fig. 10, » celui de la marte).

IIe PROPOSITION DE M. DESMOULINS.

« Dans aucun des genres d'oiseaux de proie, nocturnes » ou diurnes, que j'ai pu examiner, savoir : dans les aigles, » les pigargues, les vautours, les milans, les buses, les » éperviers, les balbusards, l'émérillon, les ducs et les » effraies, dans aucun gallinacé, dans les corneilles, les » canards, les oies, les grèbes, je n'ai pu découvrir le » moindre rudiment de glande pinéale.

OBSERVATION.

« Il n'est pas surprenant que n'ayant pas trouvé les circonvolutions chez la marte, où cependant elles sont très-» apparentes, M. Desmoulins n'ait pas trouvé davantage de » glande pinéale chez les oiseaux. Je n'ai point disséqué de » cerveau de vautour et de pigargue, mais dans les oies, les » buses, les canards, les poules, et tous les oiseaux dont » j'ai disséqué le cerveau, j'ai constamment trouvé la glande » pinéale. »

Passons maintenant aux changemens qu'amène l'âge dans l'organisation et les fonctions du système nerveux cérébro-spinal, et résumons-les ainsi qu'il suit, avec M. Vimont lui-même : « 1° Tous les vertébrés, sans exception, sont pourvus d'un système nerveux, logé dans le crâne et la colonne vertébrale, et composé de trois parties bien distinctes : l'une affectée aux facultés intellectuelles et affectives ; l'autre, aux facultés sensoriales ; la troisième, enfin, aux mouvemens de la vie animale. 2° Les oiseaux et les rongeurs sont de tous les animaux ceux dont le système cérébro-spinal se développe le plus vite ; viennent ensuite les carnassiers. Ce n'est ordinairement qu'après dix-huit ou vingt mois que le système nerveux cérébral des chiens et des chats arrive à son plus haut degré de développement. 3° Dans tous les animaux vertébrés, sans exception, les parties du système nerveux situées à la base du cerveau, sont celles qui se prononcent de meilleure heure chez quelques espèces, notamment dans les oiseaux et les rongeurs ; la moelle épinière et les tubercules bijumeaux sont dans le même cas. 4° Dans toute la série des animaux dont le cerveau se trouve pourvu de circonvolutions, celles-ci sont distinctes à la naissance ; mais, après un temps, qui varie suivant les classes, les ordres, les genres et les espèces, elles se prononcent davantage, et leur développement coïncide avec l'étendue d'action de leurs facultés intellectuelles et affectives. 5°. La famille des animaux à cerveaux pourvus de circonvolutions est celle où l'on rencontre le plus de changemens dans l'organisation du système nerveux cérébro-spinal, par l'effet de l'âge (1). »

---

(1) Anatomie des systèmes nerveux des animaux vertébrés, par Magendie et A. Desmoulins ; 2 vol. in-8° Paris, 1825.

(1) La connaissance approfondie des modifications que subit le cerveau humain, considéré sous le double rapport de la physiologie et de l'anatomie, intéresse vivement tous les philosophes et particulièrement ceux qui voudraient améliorer les systèmes d'éducation. Ils consulteront donc avec fruit l'ouvrage de M. le docteur Vimont, bien que cet auteur reconnaisse lui-même qu'il reste encore beaucoup à faire sur le sujet dont il s'agit ici. Parmi les importantes remarques de M. Vimont, nous choisirons les suivantes : Il a constaté que c'est surtout à partir de la seconde époque de l'enfance que le système nerveux cérébro-spinal prend une ampleur et une consistance notables, époque où l'on voit aussi les facultés affectives et intellectuelles revêtir un caractère plus tranché, de telle sorte qu'il n'est pas impossible, pour un œil exercé, de reconnaître déjà celles qui domineront l'homme viril. « Un besoin pressant de s'agiter se fait alors

Après avoir décrit l'état normal du système cérébro-spinal et de ses enveloppes, M. Vimont étudie les mêmes parties considérées à l'état pathologique ou anormal. Cette division du grand travail de l'auteur n'est pas la moins digne d'intérêt : n'est-ce pas, en effet, par une attentive observation des désordres fonctionnels qu'entraînent les lésions du système encéphalique, qu'on est parvenu déjà, et qu'on parviendra par la suite, à déterminer le siége de certaines facultés ? Ne sait-on pas aussi qu'il est de la dernière importance de tenir compte de ces lésions, quand il s'agit d'appliquer les théories phrénologiques aux cas individuels pour lesquels on peut être consulté ?

Fidèle à l'ordre qu'il a suivi pour la description de la tête à l'état normal, M. Vimont fait successivement connaître les altérations des os du crâne, des méninges et du cerveau.

M. Vimont pense que toutes les lésions du crâne peuvent se réduire à trois classes principales : 1°. vices de forme ou de configuration ; 2°. augmentation ou diminution de la matière calcaire entrant dans la composition des os du crâne ; 3° augmentation du nombre des os qui composent cette boîte osseuse. L'acéphalie et l'hydrocéphalie appartiennent, d'après M. Vimont, à la première classe. Les cas où le cerveau et le crâne n'offrent d'autre vice qu'un développement au-dessous de l'état normal sont surtout remarquables, en ce que le vice dont il s'agit est toujours accompagné de cet état des facultés intellectuelles qu'on désigne sous le nom d'idiotisme. M. Vimont a fait représenter un cas de ce genre (pl. LXXXVI, fig. 2) : la tête qu'il a fait dessiner appartenait à une jeune fille complètement idiote, âgée de vingt-trois ans ; sur la même planche, on voit une tête d'homme de la classe de celles que l'on rencontre assez communément, et cependant son volume l'emporte énormément sur celui de la tête de la jeune idiote ; un peu au-dessus et au-dessous du volume de cette dernière tête, se rencontre constamment, dit M. Vimont l'idiotisme complet, absolu ; idiotisme qu'il faut bien distinguer des idioties partielles, dont le nombre est immense. On trouvera, dans l'endroit de l'ouvrage que nous analysons ici, l'histoire du fameux nain du roi de Pologne, rendue plus intéressante et plus instructive par la discussion à laquelle M. Vimont l'a soumise.

Cet auteur n'a point passé sous silence les différentes nuances de conformation que présentent les têtes des différens peuples, et il a discuté, à cette occasion, ce qui a été rapporté de l'habitude où sont quelques-uns de ces peuples de comprimer la tête des enfans à leur naissance, de manière à lui imprimer telle configuration qu'ils considèrent comme la plus belle ; puis il ajoute : « Il serait bon de faire connaître » les effets que produit cette coutume sur les facultés intel- » lectuelles et affectives ; mais il est impossible d'en parler » avec certitude, parce que nous ne possédons pas assez de » faits pour établir une opinion. La question est de savoir si » la pression artificielle empêche complètement le dévelop- » pement des circonvolutions de la portion du cerveau qui » l'éprouve, et conséquemment la manifestation de leurs » facultés ; ou si, en les déplaçant de leur position naturelle, » leur examen phrénologique ne peut pas être rendu difficile » et incertain : c'est un fait dont le temps et l'expérience » peuvent donner la solution. »

A la suite des réflexions très-judicieuses qu'il a faites sur l'épaisseur variable des os du crâne, circonstance qui pourrait induire en erreur les phrénologistes qui ne seraient pas sur leurs gardes à ce sujet, M. Vimont dit, dans une note : « Je suis sûr que le cerveau chez Napoléon était très-volu- » mineux, parce que sa tête, indépendamment de son vo- » lume, appartenait à un corps chez qui le système osseux » était peu développé, comme on peut en juger par la peti- » tesse de ses mains. » J'avoue que cette raison ne me séduit pas beaucoup ; je ne doute nullement que Napoléon-le-Grand n'eût un cerveau qui fît honneur à son génie ainsi qu'à la doctrine phrénologique, mais je suis disposé à croire que les os du crâne impérial avaient une assez bonne épaisseur. Ce qu'il y a de certain, c'est que le plâtre qui est entre les mains de M. Antommarchi, moulé sur nature, après un amaigrissement extrême du héros de Sainte-Hélène, est remarquable par le beau et noble développement de la mâchoire inférieure, et il est assez probable que l'épaisseur des autres os de la face et de ceux du crâne était en rapport avec celle du maxillaire.

M. Vimont passe rapidement en revue les altérations congéniales ou accidentelles du système nerveux cérébral et de ses enveloppes. Un examen attentif démontre, suivant lui, qu'il est des cerveaux où plusieurs circonvolutions manquent complètement. « Les faits de ce genre, ainsi que divers cas » d'altérations accidentelles, auraient dû suffire, dit-il,

---

sentir, dit M. Vimont. » Favoriser le développement du système musculaire des enfans de cet âge, par de fréquens exercices gymnastiques, est, selon cet auteur un des points les plus importans de l'éducation physique des enfans. On peut, par leur secours, retarder l'action des organes génitaux, qui, d'après les observations de M. Vimont, entrent en action bien plus tôt que beaucoup de personnes et même de médecins ne le pensent communément. Il a été déjà consulté plusieurs fois par les parens de jeunes enfans des deux sexes (de cinq à sept ans) ayant l'habitude de la masturbation ; et il est convaincu que le nombre de ceux qui s'y livrent paraîtrait bien plus considérable, si les enfans n'employaient la plus grande adresse pour cacher cette funeste habitude.

Suivant M. Vimont, de sept à quinze ans, le système nerveux cérébro-spinal augmente encore plus en volume et en consistance, mais la progression est moins rapide vers la fin de cette période ; la *puberté* s'annonce : un développement remarquable a lieu dans la région postérieure du système cérébro-spinal ; il est accompagné de plus d'assurance et de prétention dans les mouvemens ; les désirs vénériens sont plus fréquens, plus vifs, plus impétueux. Le besoin du rapprochement des sexes se fait sentir avec énergie ; les facultés intellectuelles, loin d'avoir encore toute l'activité et l'étendue qu'elles offriront plus tard, s'annoncent néanmoins de manière à faire pressentir jusqu'à quelle hauteur elles pourront atteindre par la suite. « Mais, ajoute M. Vimont, à combien de faux jugemens le défaut de connaissances en physiologie cérébrale chez les instituteurs et la vanité des parens ne donnent-ils pas lieu ? La ruse est souvent prise pour de l'intelligence, la mémoire verbale, pour signe d'une grande capacité, etc., etc. ; et l'on s'abuse d'autant plus facilement à cet égard, que le moins capable est souvent celui qui brille le plus dans ce fatras qu'on appelle emphatiquement éducation : chose qui est presque entièrement à refaire, parce que, jusqu'à ce jour, elle n'a pas été basée sur la connaissance juste et profonde de l'homme moral et intellectuel.

» pour prouver à des gens observateurs, que le cerveau » n'agissait pas en masse dans ses fonctions, mais que di- » verses fonctions ou actes avaient lieu dans telle ou telle » partie du système nerveux : n'avait-on pas vu des per- » sonnes perdre la mémoire des noms propres, celle du » langage, à la suite d'attaques d'apoplexie ? » A l'appui de cette vérité, M. le docteur Vimont cite plusieurs faits qu'il emprunte particulièrement à M. Hood de Killinarnock et à l'auteur de cette analyse. Un peu plus loin, M. Vimont affirme que « les épanchemens sanguins observés dans le cervelet, » ont été accompagnés de symptômes si remarquables et » coïncidant avec les fonctions que les phrénologistes attri- » buent à cet organe, qu'il ne peut les passer sous silence. » Il puise dans un travail de M. Serres les principaux faits sur lesquels il se fonde pour prouver que les lésions du cervelet sont accompagnées de symptômes, qui démontrent l'influence qu'exerce cet organe sur les fonctions de la génération. Ce qui m'a surpris, à cette occasion, c'est que M. Vimont, qui avait bien voulu parler du travail que j'ai publié sur les rapports qui existent entre les lésions des lobules antérieurs du cerveau et les troubles de la parole, n'ait pas cru devoir prendre la peine, je ne dis pas de citer, mais de réfuter les consciencieuses recherches cliniques et expérimentales que j'ai faites sur le cervelet. Il aurait trouvé dans ces recherches un examen des faits publiés par M. Serres et par Gall sur cette matière ; et, peut-être, alors auraient-ils perdu (ces faits) un peu de leur valeur dans l'esprit éclairé et indépendant de M. Vimont. Pour moi, qui, quelque fortement convaincu que je sois de la vérité des bases fondamentales de la doctrine créée par Gall, n'ai pas le bonheur de regarder encore comme mathématiquement démontrés tous les détails relatifs à la localisation des organes, j'aurais su beaucoup de gré à M. Vimont de vouloir bien faire une revue sévère, impartiale, des faits cliniques et expérimentaux d'après lesquels j'ai été forcé d'admettre que le cervelet jouait un rôle essentiel dans la combinaison des mouvemens de station et de progression, et qu'il fallait de nouveaux faits pour établir la réalité des fonctions que les phrénologistes lui avaient assignée. J'ai d'ailleurs prouvé, je crois, que, loin de saper les fondemens de la phrénologie, mes recherches venaient à son appui ; qu'elles pourraient seulement servir à rectifier ce qui avait été avancé par l'illustre créateur de cette science sur la localisation des fonctions diverses dont est chargé le système encéphalique.

M. Vimont a fait suivre l'histoire des lésions des méninges et du cerveau de quelques considérations générales sur les diverses espèces de folie : il ne pouvait, en effet, se dispenser de telles considérations, tant elles se rattachent directement au sujet qu'il venait de traiter. La longueur de cette analyse nous oblige de n'entrer dans aucun détail sur cette partie du premier volume de la *Phrénologie humaine et comparée*.

Nous pensons avoir justifié les éloges que nous avons cru devoir donner au grand ouvrage de M. Vimont ; nous ne saurions trop le recommander à tous les vrais amis du progrès d'une science qui tient incontestablement le premier rang entre toutes les autres, et que nous pourrions appeler, en nous servant du langage de Montaigne, *la maîtresse science* ou *la science princesse*. J. BOUILLAUD.

Précis analytique des travaux de la société médicale de Dijon pour l'année 1832, par N.-A. PINGEON, secrétaire-général.

Il y a cet avantage à la formation de toute société nouvelle, qu'elle met en commun une foule de travaux et de faits qui seraient demeurés perdus par leur isolément même, et qu'elle stimule au moins pour quelques instans l'émulation des hommes les plus amoureux du repos. Aussi, chaque fois que nous avons vu s'élever en province quelque société médicale, les premiers compte-rendus publiés ont toujours mérité une attention toute particulière ; malheureusement, après ce premier élan l'ardeur se refroidit, le zèle se glace, et tout rentre bientôt dans le repos accoutumé.

La société médicale de Dijon, instituée il y a deux ans, a rempli d'une manière brillante la première partie de cette espèce de programme, et nous désirons vivement qu'elle n'éprouve pas pour l'avenir le sort de la plupart de ses devancières. Le premier compte-rendu qu'elle publie est un des plus intéressans que nous ayons vus, soit par le nombre, soit par le choix des observations.

Ces travaux sont divisés en cinq sections : médecine, chirurgie, accouchemens, pharmacie, art vétérinaire. Dans la première section, le choléra et la cholérine tiennent leur place inévitable ; nous ne nous arrêterons point à ces observations.

M. Luga a fourni un mémoire *sur le traitement civil des asphyxiés*, dont les conclusions sont :

1° D'établir des maisons mortuaires dans les cimetières et dans chaque quartier des grandes villes, bien aérées et chauffées à une température modérée, afin de favoriser l'établissement de la putréfaction ; 2° d'y déposer le cadavre, au bout de vingt-quatre heures, dans un cercueil spacieux et à visage découvert ; 3° de le soumettre à l'observation attentive d'inspecteurs de mort jurés et éclairés, ou des parens même du mort, dont l'inspection suprême ne serait dévolue qu'à un médecin auquel ils rendraient compte de tous les changemens observés.

Ces vues sont depuis long-temps adoptées par les philantropes éclairés ; il existe des établissemens analogues en Allemagne ; et il paraît que notre gouvernement est disposé à prendre l'initiative d'une amélioration que M. Luga voulait réaliser à Dijon par souscription.

M. Cuynat, ancien chirurgien militaire, a reproduit ici plusieurs travaux intéressans déjà publiés dans le *Recueil de médecine militaire*. Nous citerons principalement deux cas de *luxation de champ de la rotule* qui ne purent être réduites qu'à l'aide d'une incision. Ces faits sont tout nouveaux dans la science ; car les tentatives du même genre avaient toujours été suivies de la mort.

M. Rathelot a donné des *considérations sur les perforations spontanées de l'estomac*, dont il cite un cas fort remarquable. Une femme, en sortant d'un bal, est prise de coliques et de vomissemens fréquens et sanguinolens ; on lui donne des liqueurs aromatiques ou spiritueuses ; deux jours après, elle meurt. L'estomac, généralement enflammé, offrait vers sa grande courbure une ulcération de la grandeur d'une pièce de cinq francs qui avait permis aux gaz

et aux liquides de l'estomac de passer dans la cavité péritonéale. Quelque temps auparavant, il avait eu occasion d'ouvrir le corps d'un prisonnier qui, à la suite d'un interrogatoire, avait éprouvé des coliques violentes, du délire, et avait succombé en quelques heures. L'estomac était enflammé d'une manière sensible, et sa muqueuse offrait plusieurs érosions, dont aucune toutefois ne communiquait avec le ventre. M. Rathelot regarde ces ulcérations comme le résultat d'une irritation spécifique extrêmement intense, et il fait remarquer combien elles doivent rendre le médecin réservé dans le diagnostic d'un empoisonnement, tant que l'analyse chimique n'a pas démontré la présence d'une substance vénéneuse. Quelques autres faits, cités par les membres de la société, sont venus à l'appui de ces conclusions.

M. Lépine a essayé avec succès l'emploi de sulfate de soude dans des diarrhées rebelles avec ou sans inflammation. Une femme était atteinte d'une entérite aiguë qui avait résisté aux antiphlogistiques et aux opiacés combinés avec l'acétate de plomb cristallisé; elle vomissait continuellement, et la mort paraissait prochaine, lorsqu'au quinzième jour de la maladie il hasarda quelques cuillerées d'une potion composée de deux onces de sulfate de soude sur quatre onces d'eau et une once et demie de sirop. Les déjections, d'abord plus fréquentes, cessèrent dans la matinée; la fièvre tomba en même temps, et la guérison fut prompte. L'axiôme homœopathique, *similia similibus*, semble recevoir ici sa confirmation; mais la dose s'éloigne beaucoup des préceptes de Hahnemann. Cette médication aurait plus de rapport avec celle des Anglais, qui regardent le sulfate de soude comme antiphlogistique; ou encore de Rasori, qui donne même la gomme-gutte comme contro-stimulant, dans les entérites aiguës. Derrière toutes ces théories il reste du moins un fait pratique, dont l'importance n'a pas besoin d'être démontrée.

Un fait qui amène des conclusions analogues, est rapporté par M. Vanheddeghem. On sait que diverses espèces de sumac exhalent des émanations tellement âcres, qu'elles peuvent déterminer l'érysipèle. Un créole de St-Domingue était tellement disposé à cette affection, qu'il ne pouvait passer dans un lieu où croissaient les sumacs, sans être affecté d'érysipèle en diverses parties du corps. Après plusieurs traitemens infructueux, il apprit d'un sauvage que le moyen employé parmi eux comme préservatif, était de porter continuellement sur soi un morceau de racine fraîche de la plante. Il le fit sans succès, encore; mais enfin, s'étant avisé de pulvériser des feuilles, séchées à l'ombre, du *rhus grandifolia*, le plus puissant des rhus vénéneux pour produire l'érysipèle, il en prit à la dose d'un à cinq grains quatre fois par jour, dans un peu de sirop ou d'eau. D'abord il fut presque constamment affecté d'un léger érysipèle aux paupières et au nez; puis il devint insensible à l'action du remède; il le négligea l'hiver, fut affecté au printemps de nouveaux érysipèles; et ayant repris le remède au commencement de l'été, il fut enfin tellement guéri de sa fâcheuse prédisposition, qu'il pouvait sans danger toucher et couper lui-même les lianes de ces plantes jadis pour lui si redoutables.

M. Paris a rapporté une observation fort intéressante de fongus du diploé, attaqué par une opération hardie, malheureusement suivie de mort. L'autopsie démontra que la dure-mère n'adhérait nullement à la tumeur, circonstance importante pour ceux qui pensent que le fongus de la dure-mère siége primitivement dans le diploé. C'est encore au même auteur qu'on doit l'histoire d'une luxation complète du rachis, déjà publiée par un journal de province, et qui a été reproduite dans la Gazette médicale.

Nous ne ferons que citer d'autres faits également pleins d'intérêt; *un calcul développé dans les fosses nasales*, par M. Gruère; *un calcul dans le conduit de Wharton*, par le même; des observations curieuses *sur les hernies*, par MM. Lorey, Vallée fils, Janson et Pingeon; *une glossite terminée par un énorme abcès dans la langue*, par M. Guyot.

La section des accouchemens n'est pas moins riche. Elle comprend d'abord deux cas de *thrumbus vaginal*, affection rare, et qui a fixé récemment l'attention des observateurs; un cas d'*évolution spontanée* par M. Rathelot, nouveau fait à joindre à ceux que nous avons reproduits lors de la discussion soulevée sur ce sujet dans l'Académie royale de médecine; enfin, un fait bien remarquable de *chute de matrice guérie par une nouvelle grossesse*, observée par M. Camus. La matrice était tout entière hors de la vulve avant la conception; l'accouchement eut lieu à terme, et la guérison est si complète, que depuis dix-huit mois cette femme n'a ressenti aucune incommodité, bien qu'elle porte souvent sur la tête des fardeaux de 60 et 80 livres.

L'article *pharmacie* est entièrement rempli par M. Fleurot, qui a fait des recherches tendant à préserver de toute altération les sirops monoïamiques et en particulier ceux de quinquina et de gentiane; il espère y parvenir en se servant de l'extrait au lieu du soluté aqueux. Le même auteur s'est livré à des recherches chimiques sur le *sophora* du Japon, espèce de bois qui donne la diarrhée aux ouvriers qui le travaillent. M. Fleurot attribue ces effets à la cathartine qu'il a trouvée dans le bois, l'écorce et les fruits du sophora; et il pense qu'il y aurait de l'avantage à substituer les feuilles du sophora à celles du séné pour l'usage médical.

La *médecine vétérinaire* doit à M. Reverchon des observations intéressantes; une guérison parfaite d'une fracture transversale du paturon du cheval, sans qu'il ait été suspendu et ait cessé de prendre son point d'appui sur le membre malade; et l'histoire d'une affection épidémique sur un troupeau du ruminans, prise pour la rage; plusieurs vaches malades cherchaient à se jeter sur les chiens, et mordaient la litière et même les murs. M. Reverchon constata qu'il n'y avait là qu'une gastrite.

On voit que si la société médicale de Dijon continue ainsi qu'elle a commencé, le recueil de ses actes pourra rivaliser avec ceux de toute autre société savante. Peut-être même serait-il à désirer qu'elle publiât en entier quelques-uns des mémoires qui lui sont adressés; bien que ceux que nous venons de passer en revue n'aient rien perdu à l'analyse sous la plume élégante et facile de M. Pingeon.

Répertoire annuel de clinique chirurgicale, ou résumé de tout ce que les journaux de médecine français et étrangers renferment d'intéressant sous le rapport pratique; rédigé par M. CARRON DU VILLARDS. — 2e année.

C'est la continuation sous un titre nouveau de l'*Annuaire médico-chirurgical* commencé en 1826, suspendu depuis, et repris par M. Carron l'année dernière. Nous ne saurions analyser un pareil recueil sans nous analyser nous-mêmes, car, dans cette revue annuelle de la presse périodique médicale, *l'Encyclographie* prend une large part pour elle-même, et le surplus peut se retrouver dans nos comptes-rendus des séances académiques Mais pour tous les médecins qui n'ont point notre journal, et même pour tous ceux qui désirent revoir d'un coup d'œil les principaux essais thérapeutiques tentés durant l'année écoulée, le travail de M. Carron sera un livre fort utile, sinon indispensable. L'auteur a suivi le même ordre que l'an dernier. Il fait une première section des maladies qu'il nomme générales; une autre est consacrée à la chirurgie, dans laquelle l'ophthalmologie est traitée avec une faveur qui révèle la prédilection de l'auteur pour cette branche importante de l'art; enfin une troisième section est consacrée à la thérapeutique générale et à la pharmacologie. On pourrait bien chicaner un peu M. Carron sur ce plan en lui-même et sur les rapprochemens singuliers qu'on rencontre quelquefois dans les articles de son livre; mais ceci est d'une médiocre importance pour un ouvrage de ce genre, et pourrait être corrigé par une bonne table des matières. L'auteur en a fait une d'après l'ordre alphabétique; sans vouloir supprimer celle-ci, nous en aurions désiré une autre d'après l'ordre du livre même; c'est une petite amélioration que nous espérons lui voir adopter l'an prochain.

Essai sur quelques points de l'histoire de la cataracte; thèse soutenue à la Faculté de médecine de Paris, par le docteur Th. MAUNOIR, de Genève, le 14 décembre 1833, in-4 de 96 pages.

L'auteur, héritier d'un nom cher à la science, n'a pas cru devoir, comme le plus grand nombre des candidats, considérer son dernier acte probatoire comme une simple formalité, et bien qu'il traite un sujet sur lequel il semble, au premier abord, que tout soit dit, nous ne craignons pas d'avancer que, par les recherches auxquelles il s'est livré, et les résultats qu'il en a fait surgir, il a dignement marqué son premier pas dans la science. Le travail de M. Maunoir, qui est le relevé statistique de 121 observations recueillies à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Roux, pendant toute l'année 1830, l'automne de 1832 et le printemps de 1833, a été entrepris dans le but de remplir, autant qu'il était en lui, quelques-unes des lacunes que présente encore l'histoire de la cataracte, et qui avaient été signalées, dès 1812, par Tartra, qui terminait par ces mots sa thèse de concours pour la chaire de médecine opératoire : « Rien ne serait plus important, pour perfectionner la doctrine pathologique et thérapeutique de la cataracte, que de rassembler un très-grand nombre de faits authentiques, de les comparer entre eux sous leurs différens rapports étiologiques, de les considérer ensuite sous le point de vue de leur incurabilité reconnue, des diverses méthodes ou procédés opératoires appliqués aux cataractes jugées curables, enfin des guérisons plus ou moins parfaites, et des autres résultats plus ou moins variés qui auraient pu être obtenus. »

Nous suivrons l'auteur dans chacune des divisions de son Mémoire, en nous bornant toutefois à mentionner les résultats auxquels il est arrivé, et qui reposent uniquement sur les faits observés par lui.

Causes. Le sexe n'a pas paru exercer d'influence sur la production de la cataracte. De 121 sujets, 61 appartenaient au sexe masculin et 60 au sexe féminin. L'influence de l'âge est au contraire incontestable : la quatrième partie environ des cataractés était entre cinquante et soixante ans, le tiers à peu près entre soixante et soixante et dix, un peu moins du quart au-dessus de soixante-dix ans. Il faut noter qu'aucun des malades observés par l'auteur n'avait moins de vingt ans. Mais pour remplir autant que possible cette lacune, M. Maunoir a pris des renseignemens auprès de MM. Roux et Rufz. Le premier lui dit avoir eu *fort rarement*, dans sa pratique particulière, l'occasion d'opérer la cataracte sur de très-jeunes sujets, et le second qui, pendant deux ans, a fait le service d'interne à l'hôpital des Enfans, n'a rencontré qu'un seul individu affecté de cataracte.

Négligeant diverses causes (profession, constitution, état de santé, etc.) dont l'action n'est point suffisamment éclairée par les faits de M. Maunoir, et qu'il est même difficile d'apprécier, nous arrivons de suite à une cause dont l'influence ne peut être révoquée en doute, nous voulons parler de l'hérédité. Cette cause a été constatée chez la quatrième partie au moins des malades interrogés sous ce point de vue. L'auteur a recueilli le cas assez curieux d'une femme dont le grand-père, un oncle, deux tantes, deux cousines (tous du côté paternel) avaient eu la cataracte et avaient et opérés. Elle-même, à l'âge de trente ans, avait été atteinte de la même maladie; enfin de quatre enfans qu'elle avait eus, l'un était venu au monde avec une cataracte. Nous rappellerons que M. Roux a opéré de la cataracte trois frères, âgés de trente à quarante ans, nés en Angleterre. Leur père et leur grand-père avaient eu la même maladie, et ils avaient un frère, beaucoup plus jeune qu'eux, déjà atteint de la cataracte.

Début et marche. La cataracte a débuté brusquement dans dix cas, d'une manière lente au contraire, dans cinquante-quatre. Sur les dix premiers cas, deux seulement sont relatifs à des femmes, bien que le nombre de ces dernières ne soit pas bien inférieur à celui des hommes. Dans trois cas le début a eu lieu d'une manière rapide pour les deux yeux à la fois; six fois au contraire, un seul des deux yeux s'est perdu rapidement; chez le septième malade le début a été également brusque pour les deux yeux, mais à trois ans de distance. Du reste, cette sorte de début n'a point paru avoir d'influence fâcheuse sur le résultat définitif de

l'opération. En effet, de quatorze yeux opérés, neuf l'ont été avec un succès complet.

La maladie a atteint d'abord un seul œil, 63 fois sur 72 (35 fois l'œil droit, 28 fois le gauche); dans les neuf derniers cas elle a débuté en même temps des deux côtés. Chez huit de ces 72 malades, la formation de la première cataracte a été tout à fait inaperçue, le hasard seul leur a fait découvrir qu'ils avaient perdu la vue d'un côté.

Ici l'auteur cherche à résoudre cette question, qui peut intéresser sous le rapport pratique : la cataracte peut-elle souvent rester bornée à un seul œil pendant longues années et même pendant toute la vie? D'après ce qu'il a observé, il croit devoir répondre négativement : en effet, sur 121 sujets, il ne s'en est trouvé que deux qui n'eussent qu'une seule cataracte, encore n'était-ce que chez l'un des deux que cette affection remontait à une date fort ancienne. De ce fait et de quelques considérations auxquelles il se livre, il pense qu'on peut conclure qu'une première cataracte (ou si l'on veut, la cause qui l'a produite) a paru avoir *presque constamment* une influence si rapprochée sur l'état de l'autre œil, qu'il est peu probable qu'on doive souvent rencontrer une cataracte unique pendant de longues années.

Quant à la marche de la maladie, elle a été presque constamment lente et uniforme. Quelquefois seulement, après avoir débuté lentement, elle a fait tout à coup des progrès rapides; c'est ce qui est arrivé chez une femme à la suite d'une érysipèle à la face, et chez une autre, à la suite d'une longue course à pied. Enfin chez un homme dont les deux yeux avaient commencé à s'affaiblir à cinquante-neuf ans, la cataracte avait marché avec tant de lenteur qu'après cinq ou six ans, il voyait encore à se conduire; puis sans cause connue, et dans l'espace d'une nuit, la cécité devint complète.

Symptômes et diagnostic. La sensation d'un brouillard uniforme a été un symptôme constant chez *tous* les individus atteints de cataracte. Dans les trois quarts des cas environ (46 fois sur 59), il s'y est joint d'autres sensations visuelles (éclairs, flammes, anneaux brillans, diamans, etc.). La plus fréquente consistant en une mouche noire, que les malades croyaient voir voltiger tantôt devant un œil, tantôt devant les deux; chez 33 des 46 sujets en question, cette sensation a existé seule ou réunie à quelques unes de celles qui viennent d'être signalées.

Des 46 sujets 15 voyaient mieux de côté qu'en face, 8 ne voyaient pas mieux dans quelque position qu'ils plaçassent les objets; 23 n'avaient rien remarqué de particulier sur ce sujet. Dans la grande majorité des cas, les malades voyaient mieux dans un lieu obscur que dans un lieu très éclairé; c'est ce qui a eu lieu 45 fois sur 55 malades. Les 10 autres n'avaient pas observé de différence, ou même disaient mieux voir au grand jour; mais chez deux de ces derniers il y a doute sur la simplicité de la cataracte.

La pupille était mobile et régulière, et la faculté de voir non abolie chez presque tous les cataractés; il y a eu pourtant quelques exceptions dans des cas où l'on ne pouvait soupçonner d'amaurose. Nous sommes obligés de renvoyer à la thèse même pour la connaissance de ces cas qui ont fait exception et dont quelques uns sont dignes d'intérêt.

L'apparence de la cataracte a été très variée; elle a été constatée 115 fois sur 65 malades. On peut rapporter aux quatre nuances suivantes celles que présentaient ces cataractes : 1° gris, 47 fois; 2° blanc, 41; 3° bleuâtre, 22, et brun-noirâtre 5. Il faut ajouter à ces cas, deux cataractes d'un aspect tout particulier que portait une femme de trente-cinq ans; le fond en paraissait brunâtre, et, au centre de chaque pupille existait une tache blanche, presque exactement cernée; c'était une opacité partielle de la cristalloïde antérieure; il fallut, des deux côtés, l'enlever au moyen de petites pinces, après l'extraction du cristallin.

Outre la diversité des couleurs, 26 malades sur 65, portaient des cataractes d'aspect tacheté ou strié.

Les cataractes capsulaires sont loin d'être fréquentes; il ne s'en est trouvé que 5 de cette espèce sur 179 qui ont été opérées par extraction. Les caractères indiqués par Beer et Travers pour reconnaître ces cataractes sont illusoires; ces caractères n'existaient point dans les cinq cas indiqués, et se rencontraient dans un grand nombre de cas, où la cataracte était purement cristalline.

Durée. La durée de la formation des deux cataractes a été en moyenne chez 45 sujets, et abstraction faite du sexe, de cinq ans un mois quatre jours. Pour les 25 hommes elle a été de quatre ans deux mois 23 jours; pour les 20 femmes, quatre ans cinq mois vingt jours. Les hommes ont plus souvent et plus long-temps joui que les femmes de l'intégrité des fonctions de leur second œil après que le premier a été affecté de cataracte.

Résultats de l'opération. Les résultats de l'opération de la cataracte par extraction ont été plus favorables aux individus qu'aux yeux opérés. Sur 115 malades, 73 ont recouvré la vue, ce qui fait un peu plus de 5 sur 8. Sur 179 opérations, 97 seulement ont réussi, c'est-à-dire un peu moins de 5 sur 9.

Dans plus du tiers des cas où l'opération n'a point eu de succès (30 cas), la perte de la vue a reconnu pour cause une cataracte secondaire, avec ou sans opacité partielle de la cornée, avec ou sans déformation et déplacement de la pupille. Dans 14 cas, l'œil a été détruit par la suppuration; 19 fois il y a eu opacité complète de la cornée; une seule fois occlusion de la pupille. Dans les 18 derniers cas, les lésions étaient variées.

Pronostic. L'âge des malades n'a pas paru avoir d'influence sensible sur le résultat de l'opération depuis 20 jusqu'à 69 ans; mais au-dessus de 70 ans les résultats ont été un peu moins favorables.

Les résultats ont été un peu moins favorables chez les femmes que chez les hommes, soit que l'on considère isolément les yeux opérés, ou les individus sur lesquels l'opération a été pratiquée.

Les résultats obtenus en opérant un seul œil ont été moins avantageux que ceux obtenus en opérant les deux yeux le même jour. C'est ce qui résulte de la comparaison de 48 opérations simples avec 64 opérations doubles.

La piqûre de l'angle interne de l'œil, observée 27 fois, n'a pas eu d'influence fâcheuse sur le résultat de l'opération; de ces 27 cas, 16 ont été suivis de succès.

La lésion de l'iris n'a pas eu de suites plus graves, puisque sur 21 opérations où cet accident a eu lieu, 8 fois

seulement la vue n'a point été rétablie. Dans aucun cas il ne s'est écoulé assez de sang dans l'œil pour empêcher de terminer l'opération; quelquefois même il ne s'en est pas écoulé une seule goutte.

L'issue d'une portion du corps vitré constitue au contraire un des accidens les plus fâcheux, puisque de 19 opérations où il a été observé, 6 seulement ont été suivies de succès.

Tel est le résumé du travail de M. Maunoir. Que son exemple soit suivi, et ses recherches continuées pendant une suite d'années, dans les divers hôpitaux de la capitale, à l'Hôtel-Dieu, par exemple, où l'*abaissement* est le procédé opératoire presque exclusivement mis en pratique, et on pourra plus tard, au moyen de tous ces matériaux réunis, s'élever à une histoire complète de la cataracte.

De l'homœopathie, ses avantages et ses dangers; par le docteur DURINGE, 260 pages in-8°. Paris, 1834; chez Just-Rouvier et Le Bouvier.

Voici venir un homœopathe qui s'y prend assez singulièrement pour faire passer la doctrine : il en montre les absurdités en principe et en fait, et conclut, ce qu'on savait déjà, que l'axiôme *similia similibus* peut trouver d'utiles applications. Après avoir tracé d'une manière assez pittoresque le portrait d'Hahnemann et les vicissitudes de sa doctrine, il donne une exposition abrégée de celle-ci. En faisant le parallèle de l'homœopathie avec la doctrine rationnelle, il profère cette sentence qu'on ne taxera pas d'adulation : « L'homœopathie, comme système exclusif, est donc la science » ramenée à ses premiers langes; c'est l'omnipotence de » l'empirisme; c'est la condamnation de toutes les facultés » intellectuelles. De tous temps, dit-il ailleurs, la médecine » rationnelle a eu recours à cette methode. » Le principal mérite qu'il y trouve c'est d'avoir agrandi le cadre des affections où les spécifiques peuvent trouver des applications; il pense encore que l'homœopathie fera connaître les effets positifs de beaucoup de médicamens; ce qui nous parait fort douteux, tant que les homœopathes auront la ridicule lubie d'attribuer toute sensation à l'effet de leurs atômes, comme si le sujet était une statue qui ne reçut d'autres impressions que celles déterminées par le médicament; c'est au contraire se vautrer dans l'absurde, et jeter la confusion dans la thérapeutique. Du reste, nous accédons pleinement à cette conclusion que « charlatans pour charlatans, je préfé- » rerais un homœopathiste, car s'il ne fait pas de bien, il ne » fera toujours pas de mal. » L'auteur plaide en faveur de la puissance des doses homœopathiques, et multiplie les exemples tirés de l'observation vulgaire. « Cette puissance, Hahnemann l'a découverte comme Galilée, Newton, etc. ont trouvé ce que vous savez.., » à cela près pourtant, répondrons-nous, que Newton et Galilée se sont appuyés sur la démonstration déduite du calcul, tandis qu'Hahnemann n'a rien démontré, que nous sachions, et que l'œuvre de son génie est une pure hypothèse, comme tant d'axiômes doctrinaires. Mais il fallait bien faire l'éloge d'un chef de secte dont on veut exploiter la pratique, et justifier par quelque chose une vingtaine de guérisons homœopathiques dont on ne veut pas se faire un mérite obscur. Néanmoins, l'auteur a la naïveté de confesser que les victoires de l'homœopathie peuvent être raisonnablement attribuées au régime; puis il démontre l'absurdité de la symptomatologie des adeptes; puis l'inconstance des résultats des doses infinitésimales, puis l'inconséquence des argumens en cas d'échec; puis le peu d'accord sur la divisibilité des doses et les contradictions de Hahnemann de 1830 avec Hahnemann de 1810; puis son ingratitude envers la nature médicatrice, à laquelle il doit pourtant ses plus beaux succès; puis cette énorme mystification du *psora*. Enfin il convient que la médecine rationnelle est d'un usage plus général, plus efficace que l'homœopathie, et il le prouve péremptoirement; mais il ajoute : « Oui, la puissance homœopathique existe : je l'ai sentie, » reconnue, éprouvée. » Il en résulte que l'homœopathie doit rester comme ressource utile dans certains cas.

Nous saurons donc que l'auteur a deux cordes à son arc; que loin de répudier l'allopathie, comme le font les homœopathes fanatisés, il veut se ménager des intelligences dans les deux camps :

« Je suis oiseau : voyez mes ailes;
« Je suis souris : vive les rats! »

dira-t-il aux uns et aux autres. Je ne sais si ce juste milieu scientifique atteindra son but; mais ce que je sais fort bien, c'est que, si j'étais homœopathe, j'en voudrais furieusement à M. Duringe d'avoir ainsi mutilé le palladium de la doctrine, dans le but de le restaurer.

« Mieux vaudrait un sage ennemi. » (F.)

Essai sur le croup; par G. FOURQUET, D. M. M. membre résident de la Soc. roy. de Toulouse, etc. Broch. in-8. Paris, et Toulouse, 1834.

Nous dirons en peu de mots que cette brochure, œuvre d'un praticien judicieux et éclairé, renferme, sous un petit volume, tout ce qu'il est essentiel de savoir sur la nature, la marche et le traitement d'une maladie qui déjà a donné lieu à la publication d'un grand nombre d'écrits. L'auteur a rapporté quelques observations particulières; l'une d'elles offre un exemple bien tranché de croup sporadique *simple* et sans angine gutturale. La *trachéotomie*, remise en vogue par MM. Bretonneau et Trousseau, parait à M. Fourquet un moyen extrême dont l'efficacité est aujourd'hui suffisamment constatée pour qu'on n'hésite pas à y avoir recours dans l'occasion. La médication *topique*, vantée par les mêmes praticiens, est aussi recommandée par l'auteur, quand les remèdes ordinaires (émétique précédé ou non de la saignée, révulsifs, etc.) sont insuffisans. Cette médication convient même de prime abord, quand l'isthme du gosier est affecté, surtout dans le cas d'angine couenneuse épidémique.

Remarques sur l'état actuel de la médecine, considérée en général, suivies de deux Mémoires écrits à l'époque du concours de 1809 *et* 1817, *pour la place de chirurgien chef interne à l'hôpital Saint-André de Bordeaux ;* par M. BERTET, professeur honoraire de pathologie interne à l'école secondaire de médecine de Bordeaux, médecin adjoint à l'hôpital Saint-André de la même ville. Bordeaux, 1834.

Tel est le titre d'un opuscule que vient de publier le docteur Bertet, médecin à Bordeaux depuis 1810, chirurgien chef interne de l'hôpital Raphaël de la même ville en 1808, à une époque où la désastreuse guerre d'Espagne peuplait les hôpitaux du Midi; depuis professeur de pathologie interne à l'école secondaire de médecine. Le docteur Bertet s'est constamment montré au niveau des diverses fonctions qui lui ont été confiées par son zèle et son habileté. Élevé en 1830, en récompense de son dévouement et de ses titres scientifiques, à la place de médecin adjoint à l'hôpital Saint-André, cet estimable praticien a acquis aujourd'hui, en 1834, en vertu des statuts de la commission administrative des hospices de Bordeaux, le droit de devenir médecin ordinaire. Aussi se présente-t-il hardiment aujourd'hui à ses juges naturels, comme ayant droit à cette place, le cas échéant. Sans modestie, comme aussi sans morgue, il dit ce qu'il a fait, quelquefois même ce qu'il a souffert par amour de la science, et ses œuvres en main demande son salaire. Quelque effet que fasse sur le public souverain ce placet que vient de lui présenter le docteur Bertet, nous ne savons, quant à nous, qu'applaudir à ces sollicitations légalement faites, à la face du soleil.

Diverses lettres que la société de médecine, l'académie royale, la commission administrative des hospices de Bordeaux ont adressées au docteur Bertet, dans le cours de son honorable carrière, et qui établissent ses titres scientifiques, remplissent la dernière moitié de l'opuscule que nous annonçons ; elles sont précédées de quelques remarques judicieuses sur l'état actuel de la médecine, et de deux mémoires, l'un sur la nature, les causes, le traitement des ulcères, l'autre sur les maladies des voies urinaires, qui résument avec intelligence les données actuelles de la science sur ces deux ordres de maladies. D.

LE MÉDECIN DES ENFANS, *Guide pratique, contenant la description des maladies de l'enfance depuis la naissance jusqu'à la puberté, suivie d'un* Formulaire pratique ; par M. le Doct. D'HUC, 1 vol. in-18. Paris, 1834.

L'intention du livre de M. d'Huc répond à un besoin réel; nous serions heureux d'annoncer que l'exécution y eût pleinement satisfait.

Rien, en effet, ne serait plus utile qu'un traité spécial des maladies des enfans, surtout si ce livre était le fruit d'une longue et attentive observation ; mais, nous le disons avec regret, *le Guide pratique* manque de ces qualités essentielles. Ce n'est, à vrai dire, qu'une mesquine compilation, une froide nomenclature, qui semble bien plus s'adresser aux gens du monde qu'aux médecins.

A ce livre est joint un Formulaire pratique, lequel est incomplet, bien qu'il occupe trop de place dans un livre qui devrait être tout spécial. Ces publications multiples satisfont rarement, et témoignent des efforts des auteurs pour dédommager, par la multiplicité des matières, de la pauvreté du fond.

Pour tout dire en un mot, le *Guide pratique* est une riche annonce qui ment à sa promesse. L. M.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES.

—

Séance du 29 septembre 1834.

Après la lecture du procès-verbal, M. de Blainville demande la rectification d'une expression d'après laquelle il semblerait résulter qu'à la précédente séance il aurait fait des remarques sur le fond de la communication de M. de Férussac, pendant que ses objections, à ce qu'il assure, n'ont porté que sur la forme, qu'il persiste à trouver répréhensible.

M. de Férussac répond par lettre à quelques-unes des assertions de M. de Blainville, entre autres à celle qui présentait la monographie des céphalopodes comme ayant été déjà l'objet de deux rapports. Le fait est, dit-il, que j'ai, dans deux occasions différentes, présenté des planches exécutées pour cet ouvrage, mais c'était une simple communication que je faisais dans l'idée que ces figures pourraient offrir de l'intérêt à l'Académie. L'ouvrage, d'ailleurs, n'a jamais été l'objet d'un rapport spécial.

M. de Blainville, ajoute-t-il, a jugé, sur la récapitulation que je présentais de mon travail, qu'il s'y trouvait moins de faits nouveaux que je ne semblais le croire. J'espère que quand il aura pris connaissance de l'ouvrage même, il reviendra un peu sur la sévérité de son premier jugement.

Acarus de la gale.

M. Lainé écrit de Malley, près Lausanne, qu'étant à Londres en 1810, il a vu Wollaston enlever de l'épiderme d'un galeux plusieurs acarus vivans, qui furent ensuite observés au microscope solaire. L'auteur de la lettre en fit alors un dessin qui fut perdu au retour avec beaucoup d'autres papiers.

D'après cette observation que Wollaston avait souvent répétée, M. Lainé se crut fondé à croire que l'acarus était habituellement le moyen de transmission de la gale. Aussi, ayant été bientôt après appelé à l'administration des mines de Servoz, où se trouvaient beaucoup de galeux, il entreprit de les guérir en faisant périr l'insecte par des lotions d'acide sulfurique étendu d'eau, dans des proportions variables, suivant la force, l'âge et le sexe des patiens. Dans l'espace de sept ans, cinq ou six cents galeux furent guéris par ce moyen, et chacun d'eux dans l'espace d'une semaine. La maladie disparut enfin du canton, mais le remède continua à être employé avec succès pour la gale des chevaux, des mulets et des bêtes à cornes.

Action de l'acide sulfurique anhydre.

M. Aimé communique les résultats de quelques expériences qu'il a faites à ce sujet.

L'acide sulfurique anhydre ayant été mis en contact avec l'hydrogène bicarboné, il y a eu absorption considérable, formation d'acide sulfureux et dépôt de charbon; l'expérience ayant été continuée, il y a eu formation de l'acide particuller que M. Magnus a obtenu en faisant agir l'éther sur l'acide sulfurique anhydre.

Avec l'hydrogène carboné des marais, il n'y a pas eu d'action pendant trois jours qu'a duré l'expérience.

Avec l'acide hydro-sulfurique, décomposition et combinaison verdâtre de soufre et d'acide sulfurique anhydre.

Avec l'hydrogène arseniqué, décomposition, l'arsenic a passé à l'état d'oxide d'arsenic.

Avec l'hydrogène phosphoré, décomposition; le phosphore s'est combiné avec l'acide et a donné une substance liquide remarquable par sa couleur bleue indigo.

Traité par le gaz acide hydro-chlorique, un volume d'acide sulfurique anhydre solide a absorbé sept à huit cents volumes de gaz; il y a eu formation d'un nouvel acide liquide et incolore. Ce résultat est d'autant plus remarquable que l'acide sulfurique hydraté n'absorbe pas sensiblement d'acide hydro-chlorique.

Enfin le bi-oxide d'azote, soumis à la même épreuve, s'est combiné avec l'acide sulfurique anhydre, et après une absorption considérable, il y a eu formation d'un produit liquide que l'auteur de la lettre n'a pas encore examiné.

M. Duméril fait un rapport verbal sur un ouvrage publié à Genève par M. Pictet, et ayant pour titre :

Recherches pour servir à l'histoire et à l'anatomie des phryganides.

C'est une famille d'insectes à quatre ailes en réseau, des plus curieuses par la manière dont leusr larves se nourrissent dans l'eau et savent se mettent à l'abri de la voracité des poissons, qui en sont très friands. Ces sortes de chenilles, qu'on a nommées des teignes aquatiques, sont bien connues des pêcheurs, qui les recherchent pour en amorcer leurs lignes. La plupart des espèces se construisent une sorte de fourreau de soie qu'elles recouvrent de diverses sortes de corps étrangers, chacune les choisissant avec un instinct admirable, de telle sorte qu'ils soient le mieux appropriés à la nature des eaux au milieu desquelles doit se passer la première période de son existence.

Cet étui, le plus souvent mobile, cette sorte de demeure portative souvent rendue plus pesante par l'addition de petites pierres ou de coquillages dont les animaux sont encore vivans, est charriée péniblement par l'insecte, et c'est peut-être pour cela que le nom de charrée a été donné par les pêcheurs à la cellule et à l'ermite qui y vit retiré.

Les naturalistes aujourd'hui réunissent ces articulés sous une dénomination générique proposée d'abord par Belon. Le mot de phrygane, emprunté du grec, quoique appliqué à toutes les espèces, ne conviendrait, conformément à son étymologie, qu'aux espèces qui revêtent l'extérieur de leur demeure de brins de jonc ou d'autres fragmens de plantes

aquatiques, de manière à ce que l'ensemble représente un petit fagot.

L'insecte, en arrivant à l'état parfait, doit quitter les eaux pour mener une vie aérienne, et la transformation qui s'opère à cette époque est très-curieuse à observer. La nymphe a les ailes, les membres et tout le reste du corps enveloppés dans une gaîne simple dont elle doit se dépouiller; mais avant de quitter cette tunique, elle abandonne sa maison portative en rompant une des grilles qui en formaient la clôture; elle vient s'accrocher à la tige de quelque plante ou de tout autre corps solide qui émerge de l'eau et se tient à quelques pouces de la surface. Au bout de peu de minutes, on voit son corps se gonfler tout à coup, se boursouffler comme une vessie remplie d'air, sa peau se crève au milieu du dos, et par la fente longitudinale qui se forme sort enfin un insecte ailé dont les formes élégantes ne rappellent en rien celles de la lourde charrée.

La phrygane à l'état parfait ressemble à un petit papillon de nuit; elle porte les ailes en toit; elle a des antennes très-longues, très-mobiles; elle ne vole guère que le soir.

Les espèces appartenant au genre phrygane sont nombreuses et variées. A certaines époques de l'année, on les voit éclore par milliers aux environs des rivières et des étangs. La lumière les attire et beaucoup trouvent la mort en se précipitant sur les flambeaux qui servent à éclairer nos habitations.

Le livre de M. Pictet, indépendamment du mérite des recherches et des observations qu'il renferme, est très-remarquable par la perfection des figures qui l'accompagnent.

Les entomologiste n'avaient jusqu'ici décrit ou même inscrit dans le genre phrygane que soixante-dix espèces tant d'Europe que d'Amérique; mais dans le seul bassin du lac Léman, ou lac de Genève, M. Pictet en a recueilli cent vingt » Plusieurs auteurs, Vallisnieri, Réaumur, Degeer et M. Duméril lui-même, avaient étudié les mœurs de quelques espèces de larves. M. Pictet a vérifié tous ces faits, mais il a porté beaucoup plus loin ses recherches. Il a fait l'anatomie d'un très-grand nombre d'espèces; il a dessiné la plupart des individus qui font le sujet de ses observations. Il a suivi l'histoire du développement et des mœurs de plus de soixante espèces, dont il a donné les figures sous leurs divers états, et surtout avec leurs fourreaux.

L'ouvrage est divisé en deux parties, dont la première est consacrée à un exposé historique des travaux antérieurs sur le même sujet, et à des considérations générales sur la famille des phrygaidnes. La deuxième comprend la description méthodique des genres et des espèces qu'il a observés dans le bassin du Léman.

Tous ces genres sont établis d'après les rapports observés entre les mœurs des larves et les formes des insectes parfaits; et, autant que possible, ces liaisons ont été confirmées par l'étude de la structure des organes intérieurs.

Amphibies.

M. Duméril fait un rapport verbal sur une livraison du grand ouvrage de Wagler, ayant pour titre en allemand : *Système de l'histoire naturelle des amphibies.*

L'auteur, qui est mort il y a trois ans à Munich d'une blessure reçue à la chasse, était sans contredit le plus savant erpétologiste de l'Allemagne. Les ouvrages qu'il a laissés sont tous très-remarquables. C'est une synonymie des reptiles figurés par Seba; ce sont les serpens du Brésil qu'il a décrits dans l'ouvrage de Spix, *Descriptiones et icones amphibiorum*, etc. Quant au livre auquel appartient la livraison qui fait l'objet de ce rapport, cet ouvrage, dit M. le rapporteur, le plus complet de tous ceux qui ont été publiés sur le même sujet, n'est malheureusement qu'un abrégé dans lequel les espèces sont indiquées seulement par leur nom; mais elles sont distribuées dans des genres dont les caractères sont établis d'après un ordre systématique qui prouve qu'ils sont le résultat d'études très-approfondies et très-éclairées.

Les planches comprises dans la livraison qui fait l'objet du rapport, sont lithographiées avec soin et de la plus parfaite exactitude. Il y en a sept seulement consacrées aux genres, dont six pour les tortues, et une pour les crocodiles. Les deux autres tiennent à l'explication de quelques idées propres à l'auteur l'une pour indiquer que les reptiles volans dont on a trouvé les squelettes, doivent appartenir à une classe intermédiaire aux mammifères et aux oiseaux, qu'il désigne sous le nom de *gruphi*, et où il range les ornithorinques, les échidnés, les plésiosaures, etc.

Chacune des planches consacrées à l'histoire des tortues se compose d'un très-grand nombre de tortues : quelques-unes en offrent au-delà de cinquante : une simple demi-feuille in-folio sert à leur indication, mais le texte même de l'ouvrage in-8° de *Wagler* les désigne d'une manière toute particulière. La netteté du dessin rend toutes ces planches très-précieuses pour les naturalistes, et il est bien fâcheux que ce grand travail n'ait pu être terminé.

Monstruosité.

M. Duméril fait en son nom et celui de M. Serres un rapport sur un mémoire de M. C. Leblond, relatif à un embryon monstrueux de la poule ordinaire.

Dans ces œufs les humeurs ne présentaient rien que de régulier; mais à la place qu'occupe le germe dans les cas ordinaires, et soutenu de même par les chalases, se trouvait un organe imparfait, une espèce de cœur ébauché. Cet organe offrait deux cavités musculaires représentant les ventricules, et séparées par une cloison perforée, une troisième cavité représentait soit une oreillette, soit un gros vaisseau, et enfin une enveloppe commune dans laquelle l'auteur croit trouver les vestiges d'un péricarde. L'auteur compare avec beaucoup de soin les plus petits détails que l'examen de ce cœur lui a offerts sous les rapports de l'apparence extérieure et de la structure intime avec tous les faits connus des anatomistes modernes sur le développement du cœur du poulet, qui a été, comme on sait, étudié avec le plus grand soin, et discute les diverses objections qu'il croit pouvoir être présentées.

« Cette discussion fort savante à l'occasion d'une anomalie curieuse, est, disent les rapporteurs, très-propre à donner une haute idée des connaissances anatomiques et physiologiques de l'auteur. Il la termine par des corollaires dans lesquelles il expose beaucoup de vues spéculatives et d'opi-

nions de théorie transcendante dont plusieurs nous ont paru fort hasardées, quoiqu'elles soient d'accord avec des idées émises par plusieurs de nos confrères et des savans les plus célèbres. »

Ostéotome.

M. Heine de Wurtzbourg lit une note sur les modifications apportées à cet instrument depuis la présentation qu'il en avait faite à l'Académie le 11 août dernier. Nous publions avec ce volume (*Gazette médicale*) le mémoire de l'auteur.

Remarques anatomiques et physiologiques sur le sens de la vue.

M. Dugès achève la lecture de ce mémoire, et dans cette seconde partie il s'occupe spécialement du système cristallinien, comprenant le corps vitré, le cristallin et l'humeur aqueuse.

La membrane hyaloïde qui forme l'enveloppe et les cloisons intérieures du corps vitré, renferme, d'après M. Dugès, de vaisseaux, qui sont suivant lui, fournis par les artères de la rétine, et sont les sécréteurs de l'humeur vitrée. Ribes en a nié l'existence parce qu'il n'a pu les injecter, mais on peut les rendre sensibles par d'autres moyens.

La membrane hyaloïde arrivée sous la ruyschienne à l'origine des procès ciliaires, devient plus épaisse et finit par se dédoubler, fermant par l'écartement de deux feuillets goudronnés de Petit. Le feuillet externe a été considéré tantôt comme un organe à part, tantôt comme une production de la rétine. C'est la couronne ciliaire de Zinn. Du reste, le canal goudronné de Petit n'existe point comme cavité unique. Ce n'est point, ce que croyait ce anatomiste, un canal circulaire à nombreux renflemens, mais un assemblage de canaux très-courts dirigés d'arrière en avant, et sur le dos desquels marchent les languettes rétinales. Ces canaux, que Ribes a cru voir dans les languettes elles-mêmes, sont probablement destinés à conduire au devant du cristallin une partie de l'humeur sécrétée par le corps vitré, l'humeur aqueuse, comme on l'appelle.

La capsule cristalline n'offre, suivant M. Dugès, aucune de ces ouvertures qui, suivant M. Ribes, établiraient une communication entre son intérieur et le canal goudronné.

La demi-capsule antérieure est la communication non interrompue de la postérieure. Celle-ci, quoique un peu plus mince, n'en est pas moins, dit M. Dugès, tout aussi bien que l'autre de consistance cartilagineuse. Cette capsule même, comme toutes les membranes de semblable nature, paraît susceptible de s'ossifier et c'est à cela que sont dues sans doute les cataractes pierreuses dont parlent les opérateurs. La différence la plus importante qui existe entre les demi-capsules antérieure et postérieure, c'est que la dernière seule présente des vaisseaux et des nerfs. M. Dugès donne sur la distribution de ces vaisseaux et de ces nerfs chez divers animaux, des détails dans lesquels nous ne le suivrons point.

L'auteur s'occupe ensuite de prouver que l'humeur de Morgagni se trouve seulement antérieurement et non postérieurement entre la lentille et la capsule cristalline. Durant la vie, dit-il, cette humeur paraît contenir des globules plus denses que le reste, et qui, bien que transparens, peuvent être perçus par l'œil dans lequel ils se trouvent. Souvent ils se précipitent sous forme de bandelettes flexueuses qui semblent se mouvoir avec l'œil quand on regarde une surface blanche très-éclairée. Leur forme régulière et qui se reproduit exactement sans changer, pendant des années, prouve assez qu'elles ne sont pas dues à des stries d'humeur lacrymale. Une expérience de Demours, qui les a vues renaître sans changement après la reproduction de l'humeur aqueuse évacuée par ponction, montre qu'elles ne sont point dues à des corps en suspension dans les chambres de l'œil ; on ne peut les placer que dans l'humeur de Morgagni ; et une remarque très-simple prouve que, durant la vie comme après la mort, cette humeur ne siége qu'au-devant du cristallin. En effet, les corpuscules qui produisent les *imaginations*, comme on appelle ces apparences, s'élèvent vivement quand on regarde en haut, puis ils descendent lentement par leur propre poids ; et c'est en effet dans ce sens que l'œil les voit se mouvoir. Or, s'il en existait en arrière du cristallin, celles-là devraient, en raison du croisement des rayons lumineux qui se fait dans l'intérieur de cette lentille, paraître remonter contre l'action de la pesanteur.

La comparaison de ces deux courbures (antérieure et postérieure) entre elles et avec celles de la cornée transparente et de la rétine, fournit à l'auteur la matière d'une longue discussion dans laquelle il examine les rapports que doivent avoir entre elles ces formes pour l'exercice complet de la fonction. Nous nous contenterons de reproduire le résumé de cette partie de son travail, tel qu'il le donne à la fin du mémoire.

« Les surfaces du cristallin ont chez les mammifères des courbures méplates ou elliptiques, et non sphériques. Il en résulte que l'aberration n'est pas plus forte pour les faisceaux obliques que pour les faisceaux directs. L'aberration de ces derniers est diminuée par la cornée, dont la courbe est elliptique en sens inverse, c'est-à-dire un peu cônoïde. Cette forme augmente le champ visuel. Ceci est surtout remarquable chez les oiseaux comparés aux poissons. A part cette circonstance, l'appareil cornéo-cristallien de ces animaux est de même force ; la nature de ses courbes exige un fond à peu près hémisphérique pour recevoir les images. La nature des courbures du cristallin chez les mammifères exige au contraire un fond de plus en plus rapproché de la lentille, en allant du centre au pourtour ; de là l'aplatissement de l'œil chez les premiers, sa rondeur chez les derniers et surtout chez l'homme.

Quant à la composition et à la nature de la lentille elle-même, l'opinion de M. Dugès est que le cristallin est formé de fibrilles contractiles arrangées avec ordre en trente-deux languettes réfléchies moitié en avant, moitié en arrière, et dont les sutures sont alternes. Cette structure, dit-il, explique les irradiations apparentes des corps lumineux et certains cas de multiplications d'images chez quelques myopes, chez tous les animaux vertébrés. C'est à sa contraction et à son relâchement qu'est due la netteté des images formées par les objets rapprochés ou éloignés.

—

Séance du 6 octobre 1834.

M. Vallot de Dijon adresse quelques renseignemens sur les différens travaux relatifs à l'acarus scabiei. Suivant lui, Linnée et Latreille, après l'avoir distingué de l'acarus domesticus, se seraient définitivement arrêtés à l'idée qu'il n'y avait entre-eux d'autres différences que celle de *l'habitat*. C'est aussi l'opinion à laquelle il s'arrête lui-même. Il a aussi vainement cherché sur les moutons galeux la présence d'un acarus qui, suivant Walz, vétérinaire allemand, serait chez les animaux l'origine de la gale.

M. Vallot affirme que M. Renucci n'a dû trouver de cirons que sur des galeux rebutans par leur malpropreté. Tout prouve, ajoute-t-il, que plusieurs espèces de mites peuvent se trouver sur des individus peu soigneux de leur personne; mais ces mites sont seulement accidentelles, leur présence ne cause pas la maladie psorique; seulement cette affection leur offre une habitation dont plusieurs peuvent profiter, ainsi que chez certains enfans on voit ces croûtes teigneuses recouvrir la vermine.

M. Baudin, médecin en chef de l'hôpital militaire du lazaret de Marseille, adresse un mémoire sur les inconvéniens des quarantaines. Ce mémoire est renvoyé à la commission chargée de rendre compte des mémoires de MM. Chervin, Anquetil, Duperron, Lassis, etc., sur la même question.

M. Jacquemin adresse un mémoire écrit en allemand, ayant pour titre : *Anatomie et physiologie du corbeau* (*corvus corone*), pris comme type pour la classe des oiseaux, accompagné de planches de grandeur naturelle dessinées par l'auteur; première partie : *Ostéologie*.

Commissaires : MM. Duméril, Blainville et Geoffroy.

Acarus de la gale.

M. de Blainville fait en son nom et celui de M. Duméril un rapport sur des notes envoyées à l'Académie par MM. Renucci, Beaude et Sédillot, ayant pour sujet le ciron de la gale.

Les anciens ont certainement connu, sinon l'espèce dont il s'agit, du moins d'autres espèces voisines. Ainsi Aristote dit qu'il s'engendre dans la cire ou dans le vieux fromage le plus petit de tous les animaux, auquel on donne le nom d'acarus. Du reste, quoique la gale ait été connue des médecins de l'antiquité, nulle part, dans ce qui nous reste de leurs écrits, il n'est fait mention de l'acarus scabiei, et c'est dans un auteur arabe du douzième siècle, Abenzoar, que l'on croit en trouver les premiers indices. « Il y a, dit cet » auteur, une chose connue sous le nom de *soab* qui la- » boure le corps à l'extérieur; elle existe dans la peau, et » lorsque celle-ci s'écorche en quelques endroits, il en sort » un animal extrêmement petit et qui échappe presque aux » sens. » Dans la traduction latine d'Abenzoar, qui parut pour la première fois à Vénise, en 1494, on a fait dire à l'auteur plus qu'il ne le voulait peut-être, en substituant au mot qui signifie *une chose*, ceux de *pedicelli parvunculi*.

Au reste, si Abenzoar a voulu réellement dans ce passage parler de l'acarus de la gale, sa manière de voir ne s'était pas du moins étendue à toute l'école de Cordone, puisqu'on ne la trouve point chez Avicenne. Elle ne paraît pas non plus avoir été transmise aux médecins occidentaux, et quand ceux-ci vinrent plus tard à la partager, il paraît qu'ils y furent conduits par leurs propres observations; c'est ce que semblent indiquer les additions faites au traité du médecin arabe par son traducteur latin.

En 1657, Scaliger, dans son ouvrage contre Cardan, parle de l'acarus scabiei en termes très-clairs. « En écrivant sur » l'acarus d'Aristote, vous l'avez, dit-il, justement com- » paré avec la *garrapata*. Les Padouans le nomment *pedi-* » *cello*, les Tunissiens *scirro*, et les Gascons *brigant*. Sa » forme est globuleuse; il est si petit, qu'on a peine à l'aper- » cevoir... Il se loge sous l'épiderme, en sorte qu'il brûle » par les sillons qu'il se creuse. Extrait avec une aiguille et » placé sur l'ongle, il se met peu à peu en mouvement, » surtout s'il est exposé aux rayons du soleil. En l'écrasant » entre deux ongles, on entend un petit bruit, et on en fait » sortir une matière aqueuse. »

Plusieurs autres médecins d'Italie, Gabucinus, Phillis, Ingrassias, un professeur de l'école de Montpellier, Joubert, élève de Rondelet, et d'autres encore, propagèrent l'étiologie de la gale telle qu'elle se trouve indiquée dans Scaliger, sans qu'on puisse assurer toutefois qu'ils aient par eux-mêmes observé l'acarus scabiei. Le même doute ne peut exister à l'égard d'Aldrovande.

Après avoir parlé des deux espèces de poux, il ajoute : « Les auteurs récens en reconnaissent un troisième nommé » *scirro* ou vulgairement *pedicello*. Celui-ci rampe entre » la peau et l'épiderme, se creusant des espèces de galeries » sinueuses et formant des vésicules, non suppurantes. Si l'on » crève ces vésicules, il en sort des animaux si petits que, » pour les apercevoir, il faut de très-bons yeux et une vive » lumière. » Aldrovande dit qu'il n'a pas vu l'acarus du fromage indiqué par Aristote, mais qu'il est porté à croire que c'est une espèce différente de l'acarus scabiei.

Mouffet, dans son *Theatrum insectorum*, écrit vers la fin du dix-septième siècle, mais publié plus de trente ans après, consacre un chapitre tout entier à l'acarus de la gale. Au milieu de choses déjà dites plusieurs fois, on trouve cette remarque, que l'insecte ne doit pas être cherché dans la vésicule même, mais à quelque distance; il parle d'une femme qui, avec une aiguille d'argent, enlevait ces cirons avec une facilité et une promptitude étonnantes.

Rien ne montre mieux combien était vulgaire, au commencement du dix-septième siècle, la connaissance de l'acarus comme cause de la gale, que la définition donnée du mot *pedicello* dans le dictionnaire de la Crusca, publié en 1612. Un poète nommé Burchelli, qui vivait dans les premières années du seizième siècle, dit, dans un vers cité par les auteurs du dictionnaire, que pour ne point faire de mal aux *pedicelli*, il a soin de porter des gants. Ce fut la lecture fortuite de cette définition du mot *pedicello* qui inspira au docteur Bonomo le désir de faire des recherches sur ce sujet, recherches pour lesquelles il s'associa un apothicaire de Livourne, Cestoni, qui avait vu fréquemment les galériens extraire des pustules, avant qu'elles fussent purulentes, des petits corps qui craquaient sous l'ongle. Dans une lettre adressée à Redi, et publiée à Florence en 1687, il donna une description de l'insecte observé au microscope (description accompagnée d'une figure, la première qui ait été faite),

et fit connaître les principaux points de son histoire. Le dessinateur qu'il avait chargé de faire la figure d'un de ces animaux le vit pondre des œufs, d'où Bonomo et Cestoni, qui avaient aussi trouvé de ces petites lentes sur la peau des galeux furent portés à penser que l'acarus se reproduit par le concours des deux sexes, quoiqu'ils n'eussent pu jamais trouver de différences entre les nombreux individus qu'ils avaient observés.

A la suite de ces observations, l'auteur de la lettre à Redi donne une étiologie de la gale à laquelle on n'a presque rien ajouté ; il montre pourquoi cette maladie est si contagieuse, pourquoi elle peut se communiquer par le moyen des vêtemens qui ont servi à un galeux, l'acarus pouvant vivre deux à trois jours séparé du corps sur lequel il est né, etc., etc. Il montre que la seule méthode de traitement qui réussisse consiste dans l'emploi de remèdes corrosifs qui, appliqués extérieurement et s'insinuant dans les crevasses de la peau, y détruisent les cirons et leurs œufs. Enfin, il insiste sur la nécessité de prolonger le traitement quelque temps après la disparition apparente de la maladie, si on ne veut la voir se renouveler par l'éclosement des œufs, qui sont beaucoup plus difficiles à détruire que l'insecte lui-même.

Muller donna, dans les *Acta eruditorum*, une note fort courte sur le même animal ; mais il l'accompagna d'une figure beaucoup meilleure que celle de Bonomo. Mead, en 1702, inséra dans les *Transactions philosophiques* une note qui n'est guère que la reproduction de ce qui avait été dit auparavant, et dans laquelle il omet de citer son compatriote Mouffet.

L'acarus de la gale de l'homme avait été observé par Linnée, qui, dans sa *Fauna succica*, publiée en 1746, le distingua par les épithètes d'*humanus* et de *sub-cutaneus*, et qui plus tard, le comparant avec neuf ou dix autres espèces congénères, lui appliqua enfin la dénomination d'acarus scabiei, ce que fit également Geoffroy en 1762 dans son *Histoire des insectes des environs de Paris*.

Pendant la dernière moitié du dix-huitième siècle, la connaissance du ciron de la gale, sous le double rapport zoologique et pathologique, se consolida encore : 1° par l'observation que fit Linnée dans la thèse soutenue par Nyander, en 1757, que ce n'est pas dans la pustule elle-même qu'il faut chercher l'acarus scabiei, mais sur ses côtés, sous une certaine tache où il est caché, la pustule servant à déposer les œufs ; 2° par l'observation de Morgagni, qui ayant observé sur un de ses malades des vésicules aqueuses évidemment psoriques, en fit retirer sous ses yeux des globules blancs extrêmement petits, qu'il reconnut pour de véritables acarus ; 3° par l'examen complet des parties caractéristiques et accompagnées de bonnes figures que Degeer fit de plusieurs espèces d'acarus, et entre autres de ceux du fromage, de la farine et de la gale, examen qui fut publié après sa mort en 1778, dans le septième volume de ses excellentes observations sur les insectes ; 4° par un traité *ex professo*, l'étiologie de la gale, publié en 1786 par Wickmann, traité dans lequel les faits précédemment connus sont examinés, comparés entre eux et soumis à une saine critique ; 5° par l'autorité de Fabricius, qui, dans sa *Faune du Groenland*, conte comment il a vu dans ce pays les femmes extraire l'insecte avec la pointe d'une aiguille. A l'exemple de Fabricius, tous les entomologistes continuèrent à comprendre l'acarus scabiei dans leur série zoologique. Latreille, en 1806, proposa d'en former un nouveau sous-genre sous le nom de sarcopte ; il se fondait pour cela plutôt sur les excellentes observations de Degeer que sur les siennes propres, et il paraît même qu'à cette époque il n'avait pas eu encore occasion de voir l'insecte.

Au reste, jusqu'à ce moment, tout ce qu'on savait sur l'histoire de l'acarus scabiei était dû aux travaux des Italiens ou des Allemands, et les Français n'y avaient eu pour ainsi dire aucune part. Enfin, en 1812, M. Galès, pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Louis, hôpital où tous les galeux de Paris et des environs sont traités, eut l'idée de profiter de cet avantage pour éclaircir et confirmer les faits admis par les pathologistes étrangers. Ses observations et ses expériences, consignées dans une thèse inaugurale soutenue à la Faculté de médecine de Paris, avaient été suivies par un grand nombre de médecins et de naturalistes. Tous avaient pu voir le ciron de la gale. M. Galès avait montré de plus, par une expérience faite sur lui-même et répétée devant les commissaires nommés par le conseil général des hospices, qu'un acarus placé convenablement sur la peau d'un homme sain détermine l'éruption des pustules psoriques, ce que ne fait nullement l'acarus de la farine.

Pendant un intervalle de plus de quinze années, c'est-à-dire de 1812 à 1819, les observations et les figures données par M. Galès furent regardées en France comme incontestables. Qui pouvait prévoir, en effet, que, par une substitution inexplicable de quelque source qu'elle soit parvenue, les figures jointes à la thèse de M. Galès se trouveraient représenter, au lieu du ciron de la gale, celui du fromage, qui offre une disposition de pattes toute différente. C'est cependant ce qui était, comme M. Raspail le démontra par une comparaison exacte qu'il fit de ces figures, excellentes du reste, avec le ciron du fromage, dans une note publiée dans les *Annales des sciences d'observation pour l'année* 1829.

Dès lors, dit le rapporteur, les doutes sur l'expérience de l'acarus scabiei sur l'étiologie de la gale dans l'espèce humaine reprirent le dessus, et par un excès blâmable, on contesta tous ces faits et les expériences de M. Galès, comme si elles étaient une conséquence rigoureuse de l'exactitude de ces figures, et comme si l'Europe savante n'avait pas prononcé depuis long-temps sur ce sujet. On fut ainsi tenté d'admettre avec M. Raspail que l'animal parasite de la pustule de la gale chez l'homme, ne s'y trouve pas toujours, et bien plus, qu'on ne l'y rencontre qu'accidentellement. Les pathologistes, de leur côté, rentrèrent dans l'incertitude ; ainsi, M. Alibert dit dans son ouvrage sur les maladies de la peau, publié en 1828, que peut-être les acarus ne sont propres qu'à une espèce de gale et à l'idiosyncrasie des sujets, et que peut-être enfin ils ne paraissent que dans certaines années, et spécialement dans certains climats ; et cependant il rapporte peu après un passage très-explicite de Casal, médecin espagnol, qui avait eu de fréquentes occasions d'observer dans les Asturies la gale et ses cirons. Casal remarque ce que Linnée avait déjà indiqué avant lui, et ce que M. Renucci vient de mettre complétement hors de doute, que ce n'est

pas dans la vésicule elle-même qu'il faut chercher le ciron.

Nous ne suivrons pas le rapporteur dans l'analyse qu'il fait des communications de MM. Renucci Beaude et Sédillot, en ayant déjà parlé à l'occasion de la présentation de ces différentes notes. Grâces à ces travaux, dit M. de Blainville, et surtout grâces à ceux de M. Renucci qui a donné l'éveil, le ciron de la gale sera beaucoup mieux connu qu'il ne l'était, du moins en France. Toutefois, ajoute-t-il, dans ces efforts très-louables sous certains rapports, nous ne voyons pas que l'on se soit suffisamment occupé de l'histoire naturelle de cet insecte. Parasite de l'espèce humaine comme les deux espèces de poux qui la tourmentent, il se propage, comme eux, d'individu à d'individu, ainsi que Bonomo et Cestoni l'ont reconnu les premiers. Mais les œufs sont-ils déposés par la mère dans un lieu d'élection, et ce lieu est-il le dessous de l'épiderme, comme cela est probable ? Est-ce l'œuf dont la présence détermine la formation de la vésicule aqueuse ? Est-ce quand l'acarus est adulte et en état de se reproduire, qu'il quitte la vésicule dans laquelle il a vécu pendant son jeune âge, en creusant sous l'épiderme un sillon plus ou moins tortueux, ou bien est-il déterminé à ce déplacement par la suppuration ou la dessiccation de cette vésicule, et va-t-il en former d'autres dans un lieu plus ou moins éloigné ? Voilà quelques questions dont la solution serait importante pour les naturalistes, et ne serait pas même sans intérêt pour les pathologistes, puisque l'on conçoit très-bien que le fait découvert par M. Renucci peut donner au procédé de guérison par extraction une certitude qu'il était loin d'avoir.

Nous sommes d'avis, en conséquence, disent en terminant les commissaires, que l'Académie engage M. Renucci à étudier plus spécialement l'histoire naturelle de l'acarus de la gale de l'espèce humaine et des autres mammifères chez qui l'on en observe, tels que le chien, le cheval, le mouton, le chameau, etc. ; et en attendant, de lui accorder son approbation pour sa note qui fournit la démonstration sans réplique de l'existence d'un acarus d'espèce particulière comme cause de la gale chez l'espèce humaine, et donne, ce que n'avaient pas fait les observateurs précédens, un moyen assuré de se procurer cet animalcule, du moins à une époque déterminée de la maladie. Sans doute, ajoute le rapporteur, l'Académie doit aussi des remerciemens à MM. Beaude et Sédillot pour leurs communications empressées, toutefois en faisant remarquer, comme ils se plaisent à le reconnaître hautement, que c'est à M. Renucci qu'ils doivent le sujet de leurs observations.

Ces conclusions sont adoptées.

Le guacharo.

M. de Blainville fait, en son nom et celui de M. Isidore Geoffroy, un rapport sur une communication de M. Lherminier, relative à un oiseau crépusculaire de l'Amérique du Sud le *guacharo* (steatornis), communication dont nous avons précédemment donné l'analyse, ce qui nous dispense de reproduire ici celle que contient le rapport.

Influence de la lune.

M. Savary fait, en son nom et en celui de MM. Delalande et Mathieu, un rapport sur un mémoire de M. Eugène Bouvard, relatif à l'influence de la lune sur l'atmosphère.

Dans tous les temps, dit le rapporteur, on trouve très-généralement répandue la croyance à une action puissante de la lune sur notre atmosphère. La notice publiée par M. Arago dans l'annuaire de 1831, a fait connaître et les préjugés nombreux qui se rattachent à cette opinion populaire, et les recherches scientifiques seules capables de la réduire à sa juste valeur. En suivant la marche de ces recherches, on les voit porter d'abord sur la fréquence des changemens de temps, le nombre des pluies, les quantités d'eau tombées aux différens jours de la lunaison. La discussion de ces premiers élémens ne fournit aux premiers observateurs, Toaldo, Poitevin, Pilgram, que des observations erronées ou contradictoires. Flaugergues enfin, partant d'autres données, met en évidence un fait inattendu et précis : il montre que pour son observatoire de Viviers, la hauteur du baromètre est moyennement au *minimum* le onzième jour de la lunaison, au *maximum* le vingt-deuxième ; qu'entre ces deux limites elle varie graduellement, accomplissant ainsi dans chaque mois lunaire une oscillation dont le mouvement ascendant est un peu plus rapide que le mouvement opposé.

Le résultat de Flaugergues est resté long-temps inconnu, sans doute parce qu'il s'écarte de toutes les analogies. L'analogie, en effet, ne pouvait indiquer pour les mouvemens atmosphériques provenant de l'action lunaire, que des oscillations diurnes comme le sont les marées. Or la période diurne de la hauteur barometrique suit de toutes autres lois.

Long-temps après le travail de Flaugergues, il y a seulement quelques années, M. Schubler à Tubingue, a repris, sous le rapport de la fréquence des pluies et des quantités d'eau tombées, une longue suite d'observations faites à Munich, à Stuttgard, à Augsbourg ; il est arrivé ainsi, par différentes combinaisons, à confirmer pleinement, quoique d'une manière indirecte, le beau résultat de l'astronome français.

Toutefois, dans les questions de cette nature où les écarts irréguliers des observations individuelles dépassent de beaucoup les limites des variations régulières que l'on cherche à mettre en évidence, un fait n'est constaté que lorsque des groupes nombreux d'observations séparés les uns des autres par la distance des époques et des lieux, fournissent des résultats identiques.

Il était donc à désirer, poursuit le rapporteur, que la série déjà si longue des hauteurs du baromètre observées à Paris, fût soumise au genre de discussion dont Flaugergues, à Viviers, avait donné le type et le résultat ; il fallait en même temps, comme Schubler, à Tubingue, faire concourir avec les données du baromètre les autres phénomènes météorologiques, la pluie, les vents et l'état du ciel.

C'est ce travail qu'a exécuté M. Eugène Bouvard ; ses tableaux, disposés à très-peu près comme ceux de Schubler, montrent nettement l'existence de la période dont la durée est celle du mois lunaire. L'aptitude de l'oscillation est presque l'aptitude qu'avait donnée Flaugergues ; les maxima correspondent presque aux mêmes époques de la lunaison. Toutefois, il n'est pas improbable que ces époques et cette amplitude dépendent en quelque manière des localités ; les anciennes recherches de Poitevin et Pilgram, ainsi qu'une

notice récente de M. Marcet, à Genève, porteraient à le croire.

Dans le travail de M. Eug. Bouvard, comme dans celui de Schubler, on voit les quantités de pluies et le nombre de jours pluvieux s'accorder, sous le rapport de l'influence lunaire, avec la marche du baromètre.

Les résultats généraux dont nous avons parlé, dit en terminant M. Savary, peuvent dès à présent prendre place dans la science. Quant aux mouvemens de l'atmosphère et du baromètre liés à d'autres périodes que celle du mois lunaire, par exemple à la période des nœuds ou du périgée, il faut attendre de nouvelles données. Relativement à des périodes aussi longues, à des mouvemens aussi lents, nos séries d'observations ne se présentent plus en quelque sorte que comme des faits isolés. Il importe de conserver tout ce que nous possédons de données sur les mouvemens de l'atmosphère; mais dans une question aussi délicate, il importe également de ne point aller au-delà des faits, de ne s'abandonner à aucune conjecture. Nous proposons donc à l'Académie d'accorder l'impression dans le recueil des savans étrangers, aux tableaux qui renferment les moyennes obtenues par M. Eug. Bouvard, et qui devront être accompagnées d'une courte notice destinée à expliquer les résultats et le mode de formation.

Acide succinique.

M. D'Arcet fils lit un mémoire sur l'acide succinique, sa composition et ses combinaisons. L'acide succinique, distillé à plusieurs reprises avec un corps très-avide d'eau, comme l'acide phosphorique, perd son eau de composition et passe à l'état anhydre, état dans lequel on le trouve ainsi dans le succinate d'argent, dont l'auteur donne l'analyse, qui s'accorde parfaitement avec la composition anatomique qu'il a trouvée à l'acide; que combiné avec l'éther, il forme un acide succinique prévu par M. Thénard, acide qui se décompose lentement à la lumière diffuse, et lentement à la lumière solide. Le chlore et le gaz ammoniaque sont sans action sur cet éther. Agité avec de l'ammoniaque liquide, l'éther disparaît, et il se forme un précipité d'une matière blanche cristalline.

Séance du 13 *octobre* 1834. — Composition de l'atmosphère.

M. Chevallier annonce qu'il a entrepris sur ce sujet un travail non encore terminé, dans lequel il a déjà obtenu les résultats suivans :

1° Qu'en général l'air atmosphérique de Paris et de beaucoup d'autres lieux tient en dissolution de l'ammoniaque et des matières organiques.

2° Que la rosée, c'est-à-dire l'eau abandonnée par l'air, au moment de son refroidissement, renferme de même de l'ammoniaque et des matières organiques.

3° Que cette quantité d'ammoniaque est quelquefois assez considérable.

4° Que la présence de cette ammoniaque s'explique facilement, puisqu'il y a production de ce gaz dans une foule de circonstances.

5° Que la composition de l'air atmosphérique peut varier dans quelques localités, en raison d'un grand nombre de circonstances particulières, la nature du combustible employé en grandes masses, la décomposition des matières animales et végétales, etc. C'est ainsi que l'air atmosphérique de Londres contient de l'acide sulfureux, que l'air des égouts contient de l'acétate et de l'hydro-sulfate d'ammoniaque, que l'air pris dans le voisinage des bassins de Montfaucon contient de l'ammoniaque et de l'hydro-sulfate de la même base.

Apparition subite de petits crapauds à la surface du sol après une pluie d'orage.

M. J. Marnier écrit qu'il a vu au mois d'août dernier, dans le département de Seine-et-Oise, une partie de route couverte d'une quantité innombrable de petits crapauds de la grosseur d'un haricot ou environ, quoiqu'un quart d'heure auparavant il n'en eût vu aucun sur le même point de la route. Dans l'intervalle, il était tombé une forte ondée de pluie, et l'auteur de la lettre semble ne pas douter que les crapauds ne soient tombés du même nuage que l'eau.

M. Duméril prend la parole à l'occasion de cette communication et fait remarquer que les observations analogues sont très-nombreuses. On n'en doit pas conclure, dit-il, qu'il tombe de petits crapauds du ciel, mais seulement que la pluie les fait sortir de leur retraite.

M. Payen adresse un mémoire sur la

Détermination plus précise des caractères de l'amidon.

L'auteur a d'abord entrepris ce travail pour rendre raison des différences qu'on observe dans les proportions d'empois obtenues par divers fabricans avec une quantité égale de fécule. Il a déterminé les circonstances au moyen desquelles on peut obtenir, soit un maximum, soit un minimum d'empois, les rapports pouvant être : : 3 : 2. Il a été conduit par cette recherche à regarder la rupture des enveloppes du grain de fécule comme étant l'effet non de la solubilité, mais de la spongiosité de la matière intérieure. Cette matière, suivant lui, quand on la croit dissoute, n'est réellement qu'en suspension dans l'eau, où plutôt elle forme un réseau dans les mailles duquel l'eau est engagée et desquelles on peut l'expulser, comme on l'expulse des aréoles d'une éponge.

M. Barthélemi Bizio adresse de Venise un mémoire écrit en italien, et ayant pour titre : « Chimie conchyliologique, » et spécialement recherches sur les coquillages purpurifères » et la pourpre des anciens. »

M. Duméril fait en son nom et celui de M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire un rapport sur un mémoire de M. Dugès, relatif à une

Espèce de serpent des environs de Montpellier.

Le genre couleuvre (*coluber*), tel qu'il est adopté aujourd'hui par quelques zoologistes, ne se compose plus que des espèces qui n'ont pu entrer dans les nombreux genres qu'on a formés successivement à ses dépens, et ainsi ces

espèces ne se trouvent guère réunies que par des caractères négatifs, dont l'un est le manque de venin.

M. Dugès insiste beaucoup dans son mémoire sur les inconvéniens de cette mauvaise distribution, et il est en effet impossible de ne pas les reconnaître; mais il faut avouer qu'il est très-difficile de s'y soustraire. Ainsi le Muséum d'histoire naturelle possède plus de 400 espèces distinctes de serpens, et comme cet ordre est très-naturel, tous ces serpens ont extérieurement et même intérieurement de très-nombreuses ressemblances. Les couleurs même ne peuvent souvent servir à les distinguer; car elles sont sujettes à s'altérer. Il n'est donc pas étrange que l'on ait fait, d'une part, beaucoup de doubles emplois, et de l'autre, beaucoup de réunions non justifiables, faute d'avoir pu observer, comparer les individus vivans ou au moins à l'état frais.

M. Dugès ayant eu occasion d'observer vivans, pendant plusieurs années, quelques individus appartenant à une espèce de couleuvre qui n'était pour ainsi dire qu'inscrite nominativement dans le catalogue de Merrem sous le nom de *coluber monspessulanus*, a cru devoir en donner une description complète, une sorte de monographie. Les recherches auxquelles il s'est livré relativement à la synonymie de cette espèce, lui ont fait reconnaître que le *coluber monspessulanus* de Merrem est le même qui a été décrit dans la *Faune française* sous le nom de *C. Hermanni*; il l'avait lui-même autrefois décrit comme une variété de la couleuvre lisse, puis de la couleuvre d'Esculape. Enfin, c'est encore le *rhinechis agassizii* de Wagler, dont la figure se trouve dans les planches du grand ouvrage sur l'Égypte, pl. V du suppl., fig. 2 et 3.

M. Dugès a pu, d'après ses observations, donner une bonne description de l'animal et bien faire connaître ses mœurs. Il a vu qu'il existe de chaque côté, à la partie postérieure de l'os sus-maxillaire, une dent plus grosse, plus aiguë que toutes les autres, et il est porté à croire, d'après les conjectures de Cuvier et les recherches de M. Duvernoy, que ces dents, qui sont cannelées postérieurement dans toute leur longueur, sont de véritables crochets à inoculation venimeuse. Le mémoire contient en outre quelques renseignemens sur des cas de maladies que l'auteur a observés chez ces serpens, tels qu'une sorte d'ophthalmie, une perte des écailles, et la présence dans l'épiderme de quelques animaux parasites.

Les commissaires terminent leur rapport en engageant M. Dugès à publier son mémoire, qui ne pourra manquer d'être accueilli avec intérêt.

M. de Blainville fait en son nom et celui de M. A. de Jussieu, un rapport sur une demande faite par M. Dufo, négociant à Brest, qui offre d'aller à ses frais explorer l'archipel indien, et particulièrement les Moluques, si l'Académie veut le charger d'une mission à cet effet. M. Dufo pense qu'ayant ainsi une sorte de caractère officiel, il pourrait surmonter plus facilement quelques-uns des obstacles qui se présentent toujours en pareil cas. Les commissaires pensent qu'on doit engager M. Dufo à s'adresser à l'administration du Muséum d'histoire naturelle, qui est plus spécialement intéressée au succès de semblables recherches et a plus de moyens de les protéger.

M. Geoffroy lit un mémoire ayant pour titre;

Nouvelle révélation d'oviparité chez les monotrêmes.

Les ménagères ont observé, long-temps avant les naturalistes, que le petit poulet récemment éclos présente au bout du bec un petit corps acéré très-dur qui se détache et tombe bientôt après. Si ce petit corps persiste en sa place, ce qui est rare, il empêche le poulet de becqueter, et il faut l'en débarrasser pour qu'il puisse prendre commodément sa nourriture. Ce petit appareil qui doit disparaître dès que le jeune animal a vu le jour, ne se forme qu'à une époque assez tardive, et il n'est bien développé qu'au moment où l'oiseau est près d'éclore; c'est qu'en effet, comme l'ont reconnu les bonnes femmes, il joue un rôle important dans l'acte de l'éclosion. Il faut que la coquille soit brisée pour que le prisonnier s'échappe, et il y est si étroitement renfermé qu'il ne peut donner des coups contre la paroi, de sorte que la seule ressource qu'il ait pour y faire brèche est de l'user au moyen du frottement. C'est pour remplir cet office sans que le bec ait à souffrir de la collision, qu'est destiné l'instrument temporaire dont nous venons de parler.

La présence de cet organe dans les uns comme dans les autres est, dit M. Geoffroy, un signe d'oviparisme, et toutes les fois qu'on le rencontre chez quelque animal, c'est un indice qu'il y a eu une coquille à rompre; or, ajoute-t-il, on le trouve chez les ornithorhynques à leur naissance; c'est donc une révélation non équivoque d'un cas nouveau d'oviparisme qu'il faut ajouter aux nombreux motifs portant à penser que les monotrèmes (ornithorhynques et échidnés) sont ovipares, et qu'ils sont sous ce rapport décidément appelés à former une classe à part dans l'embranchement des vertébrés. M. Geoffroy, avant la connaissance de l'armure temporaire du bec chez l'ornithorhynque, avait été principalement conduit à cette détermination par la grande ressemblance qu'il avait observée, sous le rapport des organes sexuels mâle et femelle, entre les monotrèmes et les tortues. A cette considération, Meckel opposa, comme on le sait, la présence de glandes situées sur les côtés de l'abdomen, et qu'il considérait comme des mamelles.

Les deux opinions, au reste, n'étaient pas tellement inconciliables que les habitans de la Nouvelle-Hollande ne les faisaient marcher de front; et parmi eux on en était venu à croire que chez les monotrèmes, les petits, éclos d'un œuf, était nourris du lait des mamelles de la mère.

M. Geoffroy cependant persista à croire que les glandes découvertes par Meckel n'étaient point des mamelles, mais les analogues d'organes sécréteurs situés sur les flancs qu'on trouve chez plusieurs mammifères, et qu'il montra très-développés chez le rat d'eau.

Cependant l'opinion que les monotrèmes sont en même temps *ovipares* et *lactifères* vient d'être tout nouvellement reproduite, et elle est donnée cette fois mieux encore qu'elle ne l'avait été jusqu'à présent comme fondée sur des observations directes. C'est, dit M. Geoffroy, un fait dont il faut accepter cette leçon, que nous ne devons pas prescrire de bornes à la puissance de la nature, et que nous ne devons employer que sobrement la voie de l'analogie. Au reste, poursuit M. Geoffroy, l'association des deux conditions

d'oviparité et de lactativité est insolite ; mais sur quoi nous fonderions nous pour déclarer qu'elle est impossible ? J'avoue que je ne le vois pas.

Les naturalistes d'Europe qui ont pris parti dans la discussion relative aux monotrèmes, les uns pour les réunir aux mammifères, les autres pour les en séparer, ne se sont accordés d'abord que sur un point, celui de rejeter comme indigne de confiance l'assertion des habitans de la Nouvelle-Hollande ; ainsi, les premiers ont nié l'oviparité, et moi, de mon côté, dit M. Geoffroy, j'ai révoqué en doute la nature lactée du fluide sécrété par les glandes latérales de l'abdomen. Or, poursuit l'honorable académicien, sur le premier point en discussion, sur *l'oviparisme*, j'apporte dans le présent écrit un fait nouveau et confirmatif, celui que les poussins de monotrèmes portent une corne pour travailler à briser leur coquille de la même manière que les poussins de l'espèce poule.

Mes écrits sur ce sujet, dont j'avais envoyé quelques exemplaires à la Nouvelle-Hollande, ont, dit M. Geoffroy, servi à activer le zèle des observateurs, et il en est résulté : 1° la confirmation des nombreux débris de coquilles trouvés dans les nids des mères ; 2° l'envoi de jeunes ornithorhynques. M. Laudermale a envoyé à son ami, M. le docteur Hume Weatherhead, trois sujets d'âge et de volume un peu différens ; le plus grand et le plus petit, donnés par ce médecin à la Société zoologique de Londres, ont été mis à la disposition de M. Owen. J'ai obtenu le troisième, que je mets sous les yeux de l'Académie. Ce sujet, poursuit M. Geoffroy, m'a présenté le caractère d'oviparisme dont j'ai parlé, mais dans une marche de décours. Il n'y avait qu'un tubercule cutané et la pièce épidermique ou cornée avait disparu.

Je présumai que chez le plus jeune cette dernière partie se trouverait encore, et je profitai d'un voyage du directeur du muséum d'histoire naturelle de Lyon et de M. Biberon, un de nos aides naturalistes, qui se rendaient ensemble à Londres, pour m'éclaircir sur ce point, que je recommandai spécialement à leur attention. Je m'adressai dans le même but à M. Bennet, secrétaire de la Société zoologique de Londres, et par les deux voies j'ai reçu une réponse telle que je l'avais prévue, savoir, que le très-jeune sujet avait le tubercule plus gros et recouvert d'une lame cornée ; mais j'appris de plus que ce fait avait été l'objet de l'examen de M. Richard Owen, qui en avait fait l'objet d'un mémoire lu à la Société zoologique et inséré par extrait dans le dernier de ses procès-verbaux.

Cette communication, poursuit M. Geoffroy, est très-remarquable ; car, bien que l'auteur rapporte le fait avec une parfaite sincérité, il parait sentir tout l'usage que ses adversaires en pourront faire contre les idées qu'il a émises, et il s'empresse de répondre d'avance à leurs objections. « Il est » bien certain, dit M. Owen, qu'il existe au bout du mu- » seau une proéminence charnue, et que cette caroncule » est protégée extérieurement par une lame épidermique » ayant la consistance et la dureté de la corne ; il est encore » vrai que la position de cette particularité m'a fait penser » que c'était un cas analogue à la corne de l'oiseau au mo- » ment de son éclosion ; mais ce cas ne répète point le fait » d'une corne crétacée, et il ne suffit pas de la coïncidence » d'une caroncule analogue pour conclure à la réalité du » même fait, surtout en fonctions, et ce qui paraît très-clai- » rement indiqué, c'est le développement ovo-vivipare d'un » œuf d'ornithorhynque. »

Que d'aveux, reprend M. Geoffroy, dans ce dernier membre de phrase, et combien ils ont de force dans la bouche d'un aussi savant physiologiste, au moment où il se présente pour soutenir tout le système de Meckel ; et Meckel, il faut se le rappeler, soutenait que les monotrèmes sont de tous points mammifères et vivipares !

M. Owen reproduit l'idée et le mot de sir Everard Home ; mais il semble que jusqu'à présent le mot ovo-vivipare s'applique à tout ovipare dont l'œuf subit son incubation au-dedans de la mère, et non, comme chez les poules, en dehors ; ainsi la vipère, au fond ovipare au même titre que tous les serpens ses congénères, est un ovo-vivipare, par cette circonstance que les œufs éclosent dans l'intérieur même de la mère, circonstance si peu importante quant au système organique qui y prend part, que M. Florent-Prevost a trouvé le moyen de faire à volonté pondre des œufs aux couleuvres en variant les circonstances extérieures de température et d'humidité. Ainsi, tous les poissons cartilagineux sont ovo-vivipares, pendant que les poissons osseux sont vivipares. Au reste, soit que les œufs éclosent avant ou après la ponte dans le cas dont il s'agit, ce n'est qu'un point d'importance secondaire, et il n'en est pas moins vrai que M. Owen et moi, quoique ayant eu un point de départ très-éloigné, nous arrivons par l'observation des faits à une même pensée.

La caroncule sur le bout du museau de l'ornithorhynque rallie des opinions divergentes, mais consciencieuses. M. Owen cependant n'y voit pas encore un fait entièrement concluant, et il se retranche sur ce que ce n'est pas là une vraie corne crétacée comme chez les oiseaux ; peut-être ignore-t-il que chez les jeunes tortues qui rompent la coquille par le même moyen, la couverture de la caroncule est purement épidermique. Pour moi, le fait est décisif en faveur de l'oviparité, et on va voir comment il éclaircit la question : les œufs des ornithorhynques sont produits plus volumineux qu'il ne faudrait pour traverser le détroit du bassin, et depuis long-temps j'avais signalé ce fait comme offrant une difficulté dont la solution méritait d'être cherchée ; maintenant je suis conduit à penser que lorsque l'œuf arrive à ce détroit, devant lequel il s'arrête, il subit une véritable incubation ; qu'au bout d'un certain temps le jeune animal suffisamment développé, perce l'enveloppe au moyen de l'appareil corné, se dégage, et que la même ouverture, qui avait été trop étroite pour lui tant qu'il s'était présenté pelotonné sur lui-même, roulé dans son enveloppe, lui permet le passage après qu'il s'est allongé. Les membranes de l'œuf sont ensuite rejetées comme l'arrière-faix, dans les mammifères, l'est après la sortie du fœtus.

Le lieu où séjourne l'œuf de l'ornithorhynque pendant cette période d'incubation a été diversement caractérisé par les anatomistes ; l'auteur du mémoire y voit un appareil *sui generis*, propre exclusivement aux monotrèmes ; c'est le résultat de la réunion en un seul conduit des deux oviductes. Ainsi, quoique l'ovoviviparité se retrouve chez les monotrèmes comme chez certains reptiles et chez les poissons cartilagineux, c'est un même fait qui se produit dans un

champ organique différent. A ce changement dans l'organisation correspond une différence remarquable dans la distribution de l'aorte descendante, qui a une branche en moins. Or, quand un vaisseau artériel manque, l'organe auquel il eût dû se porter manque nécessairement.

Déjà depuis long-temps, poursuit M. Geoffroy, j'avais fait remarquer à l'article *marsupial* du *Dictionnaire d'histoire naturelle* des frères Levrault, qu'un des traits qui distinguent les marsupiaux, c'est l'absence de l'artère mésentérique inférieure, la supérieure se prolongeant de manière à pourvoir à la nutrition du canal intestinal tout entier, et que ce fait caractéristique des vertébrés ovipares rapproche à certains égards les marsupiaux des oiseaux. Je présumais qu'il devait exister aussi chez les monotrèmes, en raison des rapports de leurs organes sexuels avec d'autres ovipares, les tortues : une dissection faite d'après ma direction et par les mains de M. Martin Saint-Ange, sur le jeune ornithorhynque que m'a envoyé par M. Weatherhead, confirme pleinement cette prévision. Mais tandis que les marsupiaux ne font que se rapprocher des oiseaux, les monotrèmes sont complétement ovipares; il doit donc se trouver dans quelque autre point de l'arbre artériel une différence concomitante, il doit manquer supérieurement quelque autre artère; malheureusement la pièce que je possède ne me permet pas de vérifier cette conjecture.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

—

Séance du 30 septembre. — Présidence de M. BOULAY.

Après la lecture du procès-verbal et de la correspondance, M. le président annonce que le conseil d'administration, auquel avait été renvoyée la proposition de M. Gasc, tendant à égaler les adjoints aux titulaires, n'a pas cru qu'il fût convenable de procéder à une innovation aussi importante d'une manière si brusque. Dans les cas analogues, c'est au ministre que l'Académie s'était adressée; et enfin le conseil conclut qu'il n'y a pas lieu à prendre la proposition en considération.

Une vive discussion s'engage à ce sujet.

M. Dupuy pense que la proposition est toute simple et doit être renvoyée à l'examen d'une commission.

M. Gasc rappelle que sa proposition a été signée par quatre-vingt-cinq membres, tous titulaires, c'est-à-dire par presque toute l'Académie, et une semblable manifestation ne saurait être repoussée de cette manière.

MM. Chevalier, Deneux, Lodibert, Villeneuve appuient cette proposition. M. le président et M. le secrétaire perpétuel soutiennent la décision du conseil; et après une discussion fort animée, M. Gasc se détermine à retirer sa proposition et à l'adresser directement au ministre, en lui faisant observer qu'elle aurait été accompagnée d'une décision solennelle de l'Académie, si le réglement ne s'opposait à ce que la société s'occupât d'une semblable question.

M. Velpeau écrit pour demander à être porté comme candidat à la place de titulaire vacante dans la section de médecine opératoire.

M. Maingault lit un très-long rapport sur une observation de M. Tollé, professeur d'accouchemens à Niort. Le bruit des conversations particulières nous empêche de bien suivre l'honorable rapporteur; il s'agit d'un avortement suivi de symptômes graves et mortels qui paraissent dus à une phlébite déterminée par une saignée. Les conclusions sont : 1° d'adresser des remerciemens à l'auteur; 2° de déposer son observation aux archives; 3° de l'inscrire parmi les candidats aux places de membres correspondans.

M. Velpeau. Je ne suis pas sûr d'avoir bien entendu; mais il paraît, quoique l'autopsie n'ait pas été faite, qu'on attribue la phlébite à une saignée. Dans le cas actuel, je dois dire que cette cause ne me paraît pas bien démontrée. Mais ce point a donné lieu à deux assertions en apparence contradictoires; l'auteur prétendant que la phlébite est fort rare, M. le rapporteur assurant qu'elle est fort commune. Tous deux ont raison à mon avis; il ne faut que distinguer. La phlébite est fort commune après les grandes opérations; elle est rare après la saignée. Je sais que depuis quelques années on a attribué à la phlébite la plupart des accidens que peuvent suivre la phlébotomie, c'est à tort : l'inflammation peut s'étendre sans doute à l'intérieur de la veine; mais le plus souvent elle occupe la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, et se présente sous la forme d'érysipèle phlegmoneux; ou elle se borne au tissu cellulaire qui entoure la gaîne des vaisseaux, et de là ces fusées de pus que l'on croit sortir de la veine. Ce qui me porte même à penser que dans ce cas il n'y a pas eu de pus formé dans la veine, c'est que l'auteur dit qu'il est sorti par jets, ce qui n'a jamais lieu dans la phlébite.

M. Moreau appuie sur sa propre expérience les remarques de M. Velpeau.

Après quelque débat entre ces deux membres et le rapporteur, on met aux voix les conclusions, qui sont adoptées malgré une légère opposition.

M. Cornac annonce qu'ayant été chargé d'examiner un mémoire de M. Sabatier sur l'affection albumineuse des reins, il avait tenu son rapport tout prêt; mais l'auteur ne l'a pas attendu, et dès le mois de juillet il a publié son mémoire dans les *Archives générales de médecine*. Il n'y a pas lieu en conséquence à présenter le rapport.

Rapport sur la note présentée par M. Renucci touchant l'acarus de la gale, par M. ÉMERY.

M. Émery, au nom de la commission de l'acarus, lit un rapport sur la note de M. Renucci.

Aucune histoire n'a été plus controversée que celle de cet animalcule. Aperçu dès le douzième siècle par Abynzoar, à peu près oublié depuis, le premier livre moderne où l'on en retrouve une mention satisfaisante est un ouvrage de Hafenreffer, publié à Ulm en 1660 sous ce titre : *Nosodochium cutis affectus*, etc. Mais la description qu'en donne cet auteur est vraiment remarquable. Il indique fort bien la forme que présente l'acarus à la vue seule; la place qu'il occupe ordinairement dans des sillons qu'il trace sous l'épiderme pour se cacher; dit positivement que ces sillons s'observent aux pieds et aux mains, et conseille, pour guérir les

démangeaisons qu'il cause et qui ne peuvent se rapporter qu'à la gale, des frictions bornées aux parties que l'insecte occupe. Dès lors on lui donnait les noms divers d'*acarus*, *ciron*, *pedicellus*. Il est remarquable que ce dernier nom est encore aujourd'hui celui sous lequel il est vulgairement désigné en Corse.

Quelques années plus tard, dans les *Acta eruditorum* pour l'an 1682, on trouve l'acarus représenté à la page 317, table 17. En 1816, Cosmo Bononio écrivit à Redi sur cette matière une lettre qui fut publiée, en 1691 dans les *Miscellanea naturæ curiosorum;* il y donne à la fois la description et la figure de l'insecte de la gale. Cette figure fut reproduite en 1703 dans les *Transactions philosophiques*. Cestoni réclama un peu plus tard cette lettre de Bononio comme lui appartenant, et la refondit dans une nouvelle, qu'il adressa en 1710 à Vallisnieri. Il raconte qu'en Italie les femmes ont coutume, lorsqu'elles ont des enfans galeux, d'extraire avec la pointe d'une épingle les cirons des plus petites pustules avant qu'elles soient parvenues à l'état de maturité. « Ces petits insectes, ajoute-t-il, savent très-bien s'enfoncer sous la peau; ils s'introduisent d'abord par leur tête aiguë, et ils s'agitent ensuite, rongeant et fouillant jusqu'à ce qu'ils soient entièrement cachés sous l'épiderme, où il nous a été facile de voir qu'ils savent se creuser des chemins couverts ou des routes de communication d'un lieu à un autre. »

M. le rapporteur rappelle encore les recherches de Hauptmann, de Cazal, et de Degeer. En 1791, Wichmann, médecin hanovrien, obtint les mêmes résultats. Cependant, malgré une série de recherches aussi concordantes, il était resté dans les esprits des doutes que M. Galès, en 1812, chercha à dissiper d'une manière complète. Ses expériences furent faites à l'hôpital Saint-Louis sur plus de trois cents galeux, en présence d'un grand nombre de médecins et d'élèves; elles furent constatées par des entomologistes célèbres, des savans distingués; l'institut nomma même une commission pour les suivre. Tous ces témoins reconnurent l'insecte; des inoculations furent tentées par M. Galès; un dessinateur célèbre fut chargé de reproduire la figure de l'acarus.

Deux circonstances singulières expliquent le peu de foi que trouvèrent cependant des résultats si authentiques. M. Galès, trompé sans doute par quelques passages de la lettre de Cestoni à Vallisnieri, cherchait l'acarus dans les vésicules transparentes, et il dit l'avoir trouvé en effet dans un lieu où personne n'a pu le découvrir après lui. Puis le dessinateur à qui l'acarus avait été remis, par une autre erreur bien plus grave encore, ne reproduisit qu'un dessin fort exact de la mite du fromage. Cette supposition de figure fit soupçonner d'abord quelque supercherie; et depuis lors d'autres observateurs, Galeotti et Chiarugi à Florence, MM. Biet, Lugol, Rayer, Mouronval, Asselin, Henri et Pelletier en France, ayant suivi les indications de M. Galès sans pouvoir découvrir l'acarus, l'incrédulité devint générale, et les expériences de M. Galès n'étaient plus citées dans le public que comme une grande mystification scientifique. Là en était resté l'histoire de l'acarus chez l'homme, quand M. Renucci vint remettre les médecins sur la voie, et ouvrir une série de recherches nouvelles, dans lesquelles M. le rapporteur réclame sa légitime part.

M. le rapporteur rappelle ensuite les diverses circonstances de cette découverte, jusqu'aux expériences d'inoculation de M. Albin Gras; élève quelques doutes sur la réalité des prétendues expériences analogues que M. Renucci a dit avoir faites en Corse dès 1815; cependant, comme c'est à M. Renucci qu'appartient l'honneur d'avoir rétablit un fait aussi important et dissipé l'erreur générale, la commission propose d'adresser des remerciemens à l'auteur, et de déposer honorablement son travail dans les archives de l'Académie.

M. Maingault demande que la note de M. Renucci soit en en outre renvoyée au comité de publication.

M. Emery répond que cette note avait déjà été lue à l'institut, et qu'elle a été publiée textuellement par plusieurs journaux.

M. Duméril. Il est besoin de rectifier quelques faits qui se rapportent aux expériences de M. Galès. D'abord il est bien certain que les premiers essais d'inoculation ont été faits par lui, je puis en parler comme témoin. Quant au procédé d'extraction, voici celui qu'on suivait : on choisissait une vésicule transparente, on l'ouvrait avec la pointe d'une lancette; avec cet instrument on raclait la peau ambiante et le fond de la vésicule, de manière à mettre tout ce qu'elle contenait sur le plat de la lame; puis on plaçait le tout dans un verre de montre que l'on examinait au microscope. Peut-être de cette manière exprimait-on l'acarus de son sillon, et le ramenait-on sur la lancette; ce qui est certain, c'est qu'on le trouvait, je l'ai vu. Reste enfin l'erreur de la figure. Je peux affirmer encore qu'un véritable acarus a été remis au dessinateur : celui-ci ayant divers animalcules à dessiner, s'est-il trompé de verre, ou bien ayant perdu l'acarus, a-t-il trouvé plus simple de le remplacer ? Je l'ignore; seulement il est très-vrai qu'il a représenté la mite du fromage; que M. Galès s'en fiant à cette gravure, l'a prise naturellement pour type de sa description, et que moi-même, dans un article de dictionnaire publié par tard, j'ai copié la figure de M. Galès, que j'avais tout lieu de regarder comme celle de l'acarus.

M. Moreau certifie qu'il a vu extraire l'acarus par M. Galès des vésicules transparentes : on ne le trouvait pas dans celles qui étaient passées à l'état purulent. Il a aussi été témoin des inoculations : il était alors interne à l'hôpital St.-Louis.

M. Emery. Comment se fait-il qu'on ne puisse plus le rencontrer dans les vésicules, transparentes ou non ? J'offre à mes honorables collègues de venir eux-mêmes ouvrir 300 ou 400 vésicules; ils n'y trouveront jamais l'acarus.

M. Duméril. Je ne prétends point le contraire; je cherche même à expliquer comment M. Galès a pu l'y trouver. Mais, qu'il l'ait trouvé, c'est un fait qui n'admet pas le moindre doute.

M. De Lens. J'ai assisté aussi aux expériences de M. Galès, et j'ai vu aussi l'acarus. Montègre publia même alors un procédé pour le découvrir; il indiquait de gratter avec une lancette un espace couvert de vésicules, de mettre tout ce qu'on ramasserait ainsi dans un verre de montre, et d'examiner le tout au microscope.

M. Emery. Enfin tous les auteurs qui ont écrit depuis doutaient de son existence, hors peut-être M. Alibert, quand M. Renucci est venu nous le montrer. On ne pouvait plus le retrouver dans les vésicules. Et quand mes honorables

collègues viennent me dire : Cependant nous l'avons vu, je ne peux pas leur répondre : vous avez mal vu. Mais le plus sûr moyen de s'assurer qu'il n'est pas dans les vésicules, c'est de répéter les expériences. Je ne finirai pas sans rétablir un fait inexact qui a été avancé. On a dit que, quand un galeux s'était fait des frictions, l'animalcule ne pouvait plus se retrouver : c'est une erreur, on le retrouve encore, mais il est mort.

M. H. Cloquet. Quoique membre de la commission, je n'ai point été convoqué aux expériences...

M. Moreau. Ni moi. (Une voix : Ni personne !)

M. Emery. On ne convoque personne dans les commissions : tout le travail retombe sur le rapporteur. (Oh ! oh !) D'ailleurs j'ai fait un rapport simple et point d'expériences.

M. H. Cloquet. Si j'eusse été convoqué, j'aurais fait voir facilement que les vésicules transparentes contiennent un autre insecte différent de l'acarus, et conséquemment qu'il y a deux espèces d'animalcules psoriques.

M. Cornac. D'après ce qui vient d'être dit, il paraît que le rapport n'exprime que l'opinion de M. le rapporteur et non celui de la commission. Je demande donc qu'il soit considéré comme non avenu.

M. Emery. Le rapport est signé par la plupart des membres de la commission, et je n'ai fait que suivre les usages de l'Académie.

M. Le Président. Comme plusieurs membres de la commission ont indiqué des expériences à faire, la commission demeurera chargée de compléter son travail, et on votera à la fois sur le rapport et sur le supplément qui sera présenté.

M. Souberbielle présente un homme de 72 ans auquel il a retiré par la taille sus-pubienne soixante-dix petits calculs. La plaie extérieure s'est réunie presque par première intention.

M. Mayor de Lausanne adresse une lettre sur un procédé de mensuration qu'il a appliqué à la pratique chirurgicale. Rien de plus vague que les évaluations dont on se sert ordinairement : ainsi, qu'elle idée exacte avoir d'une tumeur grosse *comme un marron, comme le poing, comme un œuf*, etc. ? On a employé, à la vérité, le plâtre pour mouler certaines tumeurs ; mais, outre que ce procédé est long et désagréable, il ne saurait servir à indiquer la diminution ou l'accroissement, à moins de faire un moule nouveau tous les jours ; et enfin il faut toujours en venir à mesurer ce moule même M. Mayor se sert du compas d'épaisseur, instrument d'un usage vulgaire, facile à employer, à bas prix. Il ne s'agit que d'en adoucir les pointes ou de les remplacer par de petites plaques ou de petites boules. Pour tout chirurgien qui voudra mettre de la rigueur dans ses observations, cet instrument est désormais indispensable.

MM. Husson, Ribes et Thillaye sont chargés de faire un rapport à ce sujet.

Suite des discussions sur l'acarus scabiei.

M. Louyer-Villermay demande, dans l'intérêt de la vérité et de la science, à dire un mot sur les recherches de M. Galès. Ce n'est pas M. Galès lui-même qui découvrit d'abord l'acarus à cette époque ; ce fut M. A. Dubois qui le lui montra, et qui l'engagea à se livrer à une étude spéciale de cet animalcule. Les expériences instituées dès-lors étaient publiques ; l'insecte fut trouvé et inoculé ; elles eurent pour témoins MM. A. Dubois, Pinel, Leroux, Duméril, Alibert, etc., etc.

M. Emery. J'ai dit tout cela dans mon rapport ; seulement M. Galès, dans sa thèse, ne parle point de ces essais d'inoculation : il dit seulement qu'il a trouvé l'insecte dans les vésicules. Or, personne depuis n'a pu le retrouver dans cet endroit. Mais il y a plus, il ajoute que M. Patrix a dessiné l'insecte sous ses yeux. Or ce dessin de M. Patrix, exécuté sur l'animalcule extrait par M. Galès, sous les yeux de M. Galès ressemble parfaitement à la figure donnée plus tard par M. Galès, même, c'est-à-dire à la mite du fromage.

M. Moreau. Comme on a beaucoup discuté sur la thèse de M. Galès, j'ai voulu avant tout la relire, et je l'ai apportée avec moi. Je déclare que, quant à l'histoire des travaux successifs faits sur l'acarus, elle ne laisse rien à désirer ; qu'elle est autant et plus complète que le rapport de M. Emery ; que M. Galès dit expressément, après Cestoni, qu'il a *quelquefois* trouvé l'insecte dans les vésicules, mais *plus souvent* à côté des vésicules, et spécialement dans les plis cutanés des articulations des doigts. Il ne se trouve, dit-il, que dans les vésicules naissantes ; et, comme elles naissent d'ordinaire pendant la nuit, c'est dans la nuit qu'il faut les ouvrir pour l'y trouver ; car il s'éloigne très-promptement de la vésicule une fois qu'elle est formée. M. Galès raconte ensuite, toujours dans sa thèse, ses essais d'inoculation, poussés beaucoup plus loin qu'on ne l'avait fait avant et après lui ; il a recherché ce que produiraient la mite du fromage et celle de la farine appliquées sur la peau ; nul effet n'a été produit, tandis que l'application de l'acarus a déterminé la gale. Ce fait a même reçu une application pratique. Un individu était atteint d'hypocondrie, et il faisait remonter sa maladie à la suppression d'une gale déjà ancienne ; tous les remèdes ayant été essayés en vain, on tenta de rappeler l'éruption, en faisant porter au malade une chemise de galeux ; et comme on échoua, M. Galès proposa l'inoculation à l'aide de l'acarus. Celle-ci réussit parfaitement, et l'éruption une fois bien développée, entraîna la disparition de l'hypocondrie. Ces expériences sont attestées par un grand nombre de signatures parmi lesquelles ont lit celles de MM. A. Dubois, Tartra, etc.

Il reste à expliquer l'erreur de la gravure. J'en ai parlé à M. Galès, et voici ce qu'il m'a rapporté. Le jour où MM. Bose, Ollivier et Latreille, commissaires de l'institut, vinrent à St-Louis vérifier les expériences, l'acarus fut extrait devant eux, placé sous le microscope, et après l'avoir scrupuleusement examiné, ils dirent : c'est un animalcule du genre de mites ; voyons jusqu'à quel point il ressemble à la mite de la vieille farine ou du fromage. On se procura, séance, tenante du fromage et de la farine : les trois animalcules furent comparés, et leurs différences reconnues ; après quoi M. Bose dit : c'est fort bien, il faut laisser tout cela à M. Meunier (le dessinateur.) Est-ce que le dessinateur aura pris un verre pour l'autre, et sera ainsi tombé dans une erreur involontaire qui a été partagée naturellement par M. Galès ? Cela est probable. Voilà toujours comment les choses se sont passées.

M. Emery demande à répondre, mais on demande l'ordre du jour, qui est adopté.

Mémoire sur un nouveau moyen de prévenir la scarlatine, par M. MIQUEL, d'Amboise. — *Rapport* par M. GERARDIN.

M. Gérardin lit un rapport sur ce mémoire. L'auteur commence par citer des faits qui semblent témoigner contre la prétendue propriété préservatrice de la belladone. Une épidémie de scarlatine ayant envahi plusieurs communes, un propriétaire philantrope fit distribuer à tous les habitans de sa commune, suivant les doses indiquées, de la poudre de belladone mêlée avec du sucre. L'épidémie sévit aussi bien sur cette commune que sur toutes les autres.

Ne pouvant plus se fier à la belladone, M. Miquel essaya l'inoculation, et il en a retiré de si bons effets, qu'il n'hésite pas à la proposer comme un moyen préservatif d'une efficacité incontestable. Voici quelques-unes de ses expériences.

Son premier essai fut fait sur un enfant de 28 mois, qui n'avait pas eu encore la scarlatine. Pour avoir de la matière, il piqua avec une lancette quelques plaques des plus apparentes sur une jeune fille de 16 ans atteinte de scarlatine; il n'en sortit pas de sang, mais seulement un fluide jaunâtre. Ce fluide fut inoculé aux bras de l'enfant, par huit piqûres. Au troisième jour, la plupart étaient entourées d'un cercle rouge; le cinquième, elles avaient disparu. Une seconde inoculation fut rentrée plus tard pour servir de contr'épreuve : les piqûres ne déterminèrent aucune rougeur.

Le 18 janvier 1834, la scarlatine se déclara sur une petite fille de 4 ans, au milieu d'une famille nombreuse, peu aisée, et où l'isolement de la malade n'était pas possible. M. Miquel attendit le troisième jour; alors il inocula une sœur aînée de la malade, âgée de 10 ans. Le lendemain les piqûres étaient entourées d'une aréole rouge. Au troisième jour, la peau était chaude et rénitente à l'entour; le cinquième, tout avait disparu. Une autre inoculation, tentée sur un petit garçon de la même famille, eut le même succès. Du mois de janvier au mois d'avril, ces deux enfans ont vécu à côté de leur sœur malade, et n'ont eu aucun symptôme de son mal.

En juillet dernier M. Miquel a fait encore trois autres expériences : un de ses confrères lui en a communiqué un égal nombre, toujours aussi heureuses.

La commission regarde ces premiers faits comme d'un haut intérêt; mais comme en matière aussi grave on ne saurait trop les multiplier, elle propose d'adresser à l'auteur des remerciemens, et de l'engager à poursuivre ses expériences.

M. de Lens. Ces essais sont en effet fort importans, quoique M. Miquel ne soit pas le premier qui en ait tenté de semblables; mais, si on compare le petit nombre de faits qui se rapportent à l'inoculation, à la masse d'observations qui démontrent l'efficacité de la belladone, on accueillera avec plus de réserve les conclusions de l'auteur. Il s'appuie, par exemple, pour nier l'influence préservative de la belladone, sur quelques faits négatifs. Pour que ces faits eussent leur valeur, il faudrait qu'ils réunissent certaines conditions dont l'auteur ne dit mot dans son mémoire. Avec quelles parties de la plante a-t-on fait les expériences? Les feuilles sont moins efficaces que la racine. La belladone était-elle fraîchement recueillie, ou desséchée? On sait que la dessiccation lui fait perdre une partie de ses propriétés. Enfin il paraît qu'on s'est servi de la poudre de belladone, et c'est précisément la préparation de cette plante qui se détériore le plus volontiers. J'irai plus loin, et je dirai que, quand même toutes les conditions auraient été remplies, on n'en pourrait tirer encore aucune conclusion absolue. Les mêmes remèdes en effet ne réussissent pas toujours contre les mêmes maladies, soit que le génie de celles-ci change, ou par d'autres circonstances difficiles à apprécier. Il y a dix ans que la belladone réussissait à merveille contre la coqueluche; elle a moins de succès aujourd'hui. Je suis entré dans ces réflexions parce que je les crois utiles, mais sans vouloir cependant jeter aucune défaveur sur les expériences de M. Miquel : je les crois très-utiles et très-bonnes à répéter.

M. Gérardin. On s'est servi de poudre de racine de belladone et de la plus fraîche qu'on a pu.

M. Guersent. J'ajouterai quelque chose à ce que vient de dire M. Dubois; c'est que si l'on veut répéter les expériences de M. Miquel, il faut les faire ailleurs qu'à Paris pour qu'elles prouvent quelque chose. En effet, nous n'avons pas à Paris d'épidémie de scarlatine à proprement parler; elle y règne d'une manière continue, et il est fort difficile de s'assurer, quand elle se déclare chez un sujet, si elle s'est propagée par contagion ou spontanément développée. Je la crois, pour ma part, très-contagieuse, mais non pas toujours ni au même degré. Par exemple, j'ai une fois rapporté chez moi la scarlatine; je l'ai communiquée à presque toute ma famille. Vingt autres fois j'ai vu dans des familles nombreuses un ou deux enfans avoir la scarlatine et les autres en être exempts. Dans cette incertitude, quelles conséquences tirer d'expériences sur un moyen préservatif? J'ai essayé tous ceux qu'on a conseillés, et spécialement la belladone; je n'ai pu en tirer aucune conclusion. Il faudrait donc, pour juger à sa juste valeur et la belladone et l'inoculation, les essayer dans un pays vierge de scarlatine, et où cette affection se déclarerait épidémiquement pour la première fois. Mais, je le répète, à Paris tout essai de ce genre est insignifiant, et aucune préparation de belladone n'y fait plus d'effet qu'une autre.

M. Castel. J'ai noté dans le rapport la dénomination de *scarlatine angineuse*. C'est une épithète au moins inutile; l'angine est un symptôme essentiel de la scarlatine, et je dirai plus, de toute maladie éruptive. L'intensité de l'angine ne suffit pas pour caractériser une espèce de scarlatine; car la violence de l'angine est toujours en rapport direct avec celle de l'éruption.

M. Maingault. M. Miquel dit que les taches de scarlatine inoculée disparaissent au cinquième jour, et il ne paraît pas avoir observé de desquamation. Mais alors les taches inoculées ne suivraient pas toutes les périodes de l'affection naturelle; ce serait une sorte d'avortement des piqûres qui pourrait faire élever des doute sur leur valeur préservative.

M. Chervin. J'ai lu dans le *Journal d'Édimbourg* que de semblables expériences ont été faites en Italie avec succès

il y a sept ou huit ans ; je ne me souviens pas où ni par qui, mais je cite mon autorité.

M. Gérardin. Nous n'avons connaissance de rien de semblable. J'ai trouvé, en faisant des recherches, quelques auteurs qui allèguent que la scarlatine peut se reproduire par inoculation ; mais ils ne proposent pas cette inoculation comme un moyen préservatif, et il semble même qu'ils n'aient pas été témoins de ce qu'ils avancent ; en effet, dans aucun cas M. Miquel n'a vu l'inoculation déterminer la scarlatine ; l'éruption est restée toute locale et limitée aux piqûres.

M. Bousquet. A l'appui de la contagion de la scarlatine, voici un fait très-remarquable. Un individu est atteint de la scarlatine ; il en guérit. L'habit qu'il avait porté reste deux ans dans une armoire. Au bout de ce temps, l'homme fait un voyage en Hongrie, emporte son habit, et communique la scarlatine aux premières personnes qu'il fréquente, dans un pays où auparavant on ne la connaissait pas.

Le rapport et ses conclusions sont adoptés.

M. Amussat présente trois instrumens nouveaux de M. Thompson, jeune chirurgien anglais, qui s'occupe de recherches spéciales sur les hernies. Le premier est un couteau à débridement n'ayant qu'une ligne de tranchant au plus ; le second, un dilatateur pour l'anneau ou le collet du sac ; le troisième, un spéculum quadrivalve pour le vagin. Nous en donnerons la description lors du rapport qui en sera fait à l'Académie. MM. Dubois, Lisfranc et Amussat sont chargés de ce rapport.

M. Civiale lit la seconde partie de son mémoire sur la lithotritie. Nous reproduirons sous peu cet important travail.

M. Ricord présente à l'Académie plusieurs pièces pathologiques. Ce sont :

1° La portion de mâchoire inférieure qu'il a désarticulée. (Cette observation détaillée est consignée à la suite du mémoire de M. Heine, *Gaz. méd.*)

2° Deux énormes tumeurs fongueuses du col de la matrice, amputées à l'aide du spéculum porte-ligature de l'auteur.

3° Enfin des tubercules syphilitiques développés dans la substance cérébrale, dans la partie antérieure du corps strié droit ; il y avait hémiplégie à gauche.

Séance levée à cinq heures.

Séance du 14 *octobre.*—PRÉSIDENCE DE M. BOULAY.

Après la lecture du procès-verbal, M. Bourdois de Lamothe fait part à l'Académie d'un testament laissé par une dame qu'on ne nomme point, mais qui a choisi madame Récamier pour son exécutrice testamentaire. La testatrice, morte à la suite de longues et pénibles contrariétés, lègue à l'Académie un capital de 20, 000 fr., dont l'intérêt servira chaque année à constituer un prix pour le meilleur mémoire sur l'influence pénible du chagrin comme cause de maladies et de mort.

Cette communication est suivie d'une longue agitation mêlée de rires. L'idée qui paraît préoccuper l'assemblée est cette continuité de prix annuels à décerner toujours pour le même sujet.

Cowpox retrouvé sur des vaches en Italie.

M. Cornac, au nom de M. Salmade, donne quelques détails sur la découverte du cowpox sur les vaches, en Italie. Un médecin romain, Horace Maccroni, ayant été invité à visiter dans la campagne de Rome des vaches atteintes d'une affection inconnue, trouva qu'elles portaient sur leurs pis de véritables pustules de cowpox ; mais la plupart déjà réduites en croûtes, soit par les manœuvres des bergers qui avaient continué à les traire, soit par suite de frictions faites avec du beurre. Il recueillit de ces croûtes pour en faire des expériences, et il trouva pour résultat : 1° que les croûtes auxquelles on n'avait pas touché possédaient parfaitement la propriété de produire des boutons vaccinaux par inoculation ; 2° que les croûtes qui avaient été soumises à l'action du beurre avaient perdu cette propriété.

M. Maingault lit un mémoire sur l'action physiologique de l'acarus scabiei dans la production des vésicules psoriques. La conclusion de ce travail, qui ne présente d'ailleurs aucune recherche nouvelle, est que les vésicules sont l'effet et non la cause, et que la gale doit être entièrement rapportée à l'acarus.

M. Boulet jeune communique verbalement une observation d'empoisonnement par l'arséniate de potasse observé sur des chevaux, et traité par le tritoxide de fer hydraté.

M. Le président fait remarquer que les commissaires nommés pour examiner l'instrument présenté par M. Velpeau au nom de Mme Mercier, sage-femme, n'ont pas fait leur rapport.

M. Deneux. C'est un instrument fort grossier en comparaison de ceux que nous possédons déjà pour le même objet ; voilà pourquoi nous n'avons pas fait de rapport. (On. rit.)

M. Double. C'est cela qu'il fallait dire ; et voilà votre rapport tout fait.

M. Civiale lit la troisième partie de son mémoire sur la lithotritie.

M. Velpeau montre à l'Académie deux nouveaux instrumens. Le premier, imaginé par M. Vidal de Cassis, est une spatule ordinaire dont la feuille de myrte est creusée longitudinalement d'une cannelure ; en glissant le bout de la feuille de myrte sous l'anneau dans la hernie étranglée, on a l'avantage de déprimer les intestins et d'avoir un conducteur sûr pour le bistouri à pointe émoussée. Déjà l'auteur en a fait usage sur le vivant avec succès.

Le second est une scie à molette perfectionnée par M. Charrière. M. Charrière, présent à la séance, fait agir sa scie sur une calotte de crâne, avec une grande aisance. Cette scie peut s'appliquer aux mêmes opérations que celle de M. Heine.

M. Cullerier montre des tubercules d'origine syphylitique développés dans le cerveau.

La séance est levée à 5 heures.

—Nous recevons la réclamation suivante.

Permettez-moi, mon cher et honoré confrère, de demander à votre impartialité une petite rectification dans le compte que vous avez rendu de la dernière séance de l'Académie royale de médecine.

J'ai dit que M. Galès, en 1812, avait découvert ou plutôt retrouvé *l'acarus scabiei* et qu'il l'avait montré à un grand nombre de médecins, etc. J'ai ajouté que M. A. Dubois l'avait le premier aperçu *à l'œil nu : suum cuique.*

Agréez, etc.

LOUYER-VILLERMAY.

Paris, 14 octobre 1834.

Séance du 20 octobre. — PRÉSIDENCE DE M. BOULAY.

M. Civiale écrit pour se mettre sur les rangs comme candidat à la place vacante dans la section de médecine opératoire.

Après deux rapports peu importans faits par M. Duval et M. Gimelle, M. Mitivier demande que M. Roux, récemment revenu d'Italie, soit invité à communiquer les faits scientifiques qu'il a observés dans ce voyage.

M. Roux déclare qu'il ne sait s'il pourra répondre à cette invitation ; dans tous les cas, il a besoin de se préparer. Renvoyé à la prochaine séance.

M. Capuron fait un rapport sur un mémoire intitulé : *De la nécessité de faire la ligature de la portion placentaire du cordon dans les cas de grossesse double*, par le docteur Cavelle, médecin à la Martinique. Les conclusions sont: que ce mémoire, n'offrant rien de neuf ni de remarquable, soit déposé aux archives, *seulement pour faire nombre ;* et qu'une lettre soit écrite à l'auteur *pour l'encourager à faire mieux.*

Ces conclusions excitent des rires et des rumeurs par toute la salle. M. Capuron consent à modifier la seconde, et à proposer des remerciemens à l'auteur. Le rapport et les conclusions ainsi modifiés sont adoptés.

M. le président annonce que M. Laubert est gravement malade ; deux membres sont nommés pour le visiter au nom de l'Académie.

Empoisonnement par l'arséniate de potasse. — Discussion incidente sur la rupture du diaphragme chez les chevaux.

M. Boulet jeune lit une note sur l'empoisonnement de sept chevaux par l'arséniate de potasse. (Nous avons donné cette observation.) Tous ont succombé ; on a trouvé à l'autopsie des traces d'une vive inflammation dans l'estomac, les intestins, la vessie ; et des ecchymoses dans le ventricule gauche du cœur. Une circonstance qui nous a paru remarquable, c'est que les matières contenues dans le tube digestif du premier cheval, mort dans la nuit qui a suivi l'empoisonnement, ayant été soumises à l'analyse par MM. Chevallier et Labarraque, on n'y a trouvé aucune trace d'arséniate de potasse. M. Boulet pense que le sel avait été évacué par une abondante diarrhée. Un autre cheval présenta une déchirure du diaphragme près des attaches de ce muscle au sternum. L'auteur annonce qu'il va tenter une série d'expériences sur l'empoisonnement par les préparations arsénicales et sur le tritoxide de fer hydraté considéré comme contre-poison.

M. Chevallier annonce que pour prévenir le malheureux accident qui a eu une fin si tragique, le conseil de salubrité a décidé dans sa dernière séance qu'il serait fait une demande à l'administration, afin que toutes les substances vénéneuses livrées en gros au commerce, soient transportées à l'avenir dans des boîtes ou des barils hermétiquement fermés.

Plusieurs voix : Et étiquetés ?

M. Chevallier. Non pas ; il serait à craindre que les charretiers sachant ce qu'ils transportent, ne soient tentés d'en mettre à part pour s'en servir ultérieurement ; on a vu déjà une fois un empoisonnement qui pouvait être attribué à la facilité de se procurer ainsi des poisons.

M. Castel appelle l'attention sur cette rupture du diaphragme ; il pense qu'elle est due aux efforts de vomissemens déterminés par le poison, et aux obstacles qui chez les chevaux s'opposent au vomissement.

M. Dupuy. La rupture du diaphragme est fréquente chez les chevaux ; mais la cause est toute autre que celle qu'indique M. Castel. Si on empoisonne de ces animaux avec la digitale pourprée, les intestins se ballonnent de gaz ; l'animal quand il est épuisé tombe, et c'est dans cette chute que la réaction des intestins comprimés déchire le diaphragme. Cette déchirure a un siége spécial et presque constant ; elle a lieu le plus souvent près du sternum, la seule région où le foie ne protége pas le diaphragme. J'ai vu cette rupture huit fois dans mes expériences.

Chez les chevaux et chez les animaux en général, les poisons semblent se partager en deux classes quant à leur manière d'agir. L'arsenic blanc ou acide arsénieux, par exemple, cause une escarre des parois de l'estomac, escarre qui se propage quelquefois aux parois abdominales même et détermine une fistule stomacale ; à peine réagit-il sur le système nerveux. Ainsi en est-il des poisons fixes en général ; leur action se borne aux intestins et cause des coliques atroces ; les poisons volatils au contraire agissent surtout sur le système nerveux et déterminent des convulsions terribles.

M. Castel persiste dans son opinion. Quand les chevaux météorisés tombent, ce devraient être les intestins qui se déchireraient plutôt que le diaphragme. Il est bien connu d'ailleurs que les chevaux ne peuvent pas vomir, et de la même la difficulté qu'on éprouve à les sauver quand ils ont été empoisonnés, le poison ne pouvant être éliminé que par les selles.

M. Dupuy fait remarquer que quand l'estomac du cheval se gonfle ou s'emplit, il s'éloigne du diaphragme et se porte en haut et en arrière vers le bassin, au rebours de ce qui a lieu chez les carnivores. Il ajoute que ce qui s'oppose au vomissement chez les solipèdes, c'est que leur œsophage traverse un des piliers charnus du diaphragme, tandis que chez les autres animaux il passe entre les deux piliers.

BULLETIN

MÉDICAL BELGE.

Journal

DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE,

ET

DES SCIENCES ACCESSOIRES;

PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION

DE M. LE DOCTEUR J.-R. MARINUS.

Bruxelles,

ÉTABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, QUAI AU FOIN, N° 33.

1834.

BULLETIN MÉDICAL BELGE.

N° 11. — NOVEMBRE 1834.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

Essai sur l'emploi des antimoniaux *dans le traitement de la pneumonie;* par A. Sovet, Docteur en Médecine, à Beauraing (province de Namur).

L'expérience de plusieurs siècles atteste l'efficacité des saignées dans le traitement de la *pneumonie;* la clinique des praticiens distingués prouve tous les jours quels effets salutaires l'on retire de ce puissant moyen, quand il est manié avec assurance et discernement; mais il ne s'ensuit pas que l'on doive dédaigner d'autres ressources thérapeutiques qui, au premier coup d'œil ne paraissent pas aussi rationnelles, mais dont l'utilité est démontrée par des faits nombreux et authentiques : je veux parler des *antimoniaux;* je ne répéterai pas ce que tant d'autres ont redit sur leur histoire, je ne chercherai pas non plus à prouver leur efficacité; elle me semble suffisamment établie par les travaux et les expériences d'un grand nombre d'hommes honorables, et les observations que je citerai viendront encore ajouter à l'appui des résultats qu'ils ont obtenus. Les antimoniaux sont, à mon avis, une ressource très-importante dans le traitement de la pneumonie, parce que celle-ci ne cède pas toujours aux saignées ni aux autres antiphlogistiques ordinaires, parce que d'ailleurs les émissions sanguines ne sont pas toujours possibles, et que, surtout à la campagne, le praticien n'est pas toujours à même, à cause soit des distances, soit des préjugés, de pratiquer de saignées assez nombreuses, ni assez rapprochées pour en retirer de bons effets.

Mais pour fournir à la thérapeutique des richesses solides et durables, il ne suffit pas de prouver par une série d'expériences, que tel agent réussit dans telle affection, il faut encore déterminer, autant que possible, sa manière d'agir, et surtout les cas et les circonstances particulières où il convient de l'employer. Sans cela on voit régner la mode en médecine, et des médicamens très-utiles sont tour-à-tour vantés avec enthousiasme, rejetés avec dédain, puis remis en honneur, puis abandonnés, parce que leur emploi trop généralisé n'étant soumis à aucune règle, ne réalise pas les espérances qu'on en avait d'abord conçues. Rechercher le mode d'action des antimoniaux, et le mécanisme par lequel ils guérissent dans la pneumonie, en déduire les règles qui doivent régir leur emploi; tel est, me paraît-il, le but que l'on doit se proposer pour assurer à ces préparations le rang auquel on les a élevées dans les derniers temps, tel est celui que je me suis proposé. Je ne crois pas l'avoir complétement atteint dans ce premier travail; loin de moi cette prétention, mais j'ai observé sans prévention, j'ai comparé, j'ai réfléchi, et comme tout praticien qui aime son art ne doit laisser inutile rien de ce qui peut jeter quelque lumière sur un point de la science, j'ai consigné dans cet essai les faits que j'ai observés et les déductions que j'en ai tirées; je me compterai heureux si

par là, je réussis à éveiller sur ce point l'attention des hommes placés assez avantageusement pour arriver par des faits plus nombreux à des résultats plus positifs.

J'ai traité un assez grand nombre de pneumonies par les antimoniaux, mais comme je n'ai pu rédiger toutes les observations avec le même soin, je ne citerai que celles dont l'exactitude m'est certaine, et afin qu'on ne puisse point me soupçonner d'avoir observé avec des yeux prévenus, j'y ajouterai l'analyse de nombreux faits extraits de nos recueils périodiques.

1re *Observation.* — Gaspard Petit de Gendron, cuirassier retraité de la garde impériale, âgé de 56 ans, jouissait d'une assez bonne santé, quoique brisé par ses nombreuses campagnes; quand vers le 22 novembre 1833, s'étant exposé au froid humide, il ressentit : frissons, anorexie, courbature, gêne de la respiration, toux fréquente; ses crachats étaient visqueux et brunâtres; ce ne fut que le 2 décembre qu'il réclama mes soins : facies profondément altéré, yeux stupéfiés, sueur froide, teint d'un jaune paille, langue lumineuse sans rougeur, ventre insensible, douleur profonde sous le sein gauche, augmentant par la toux et l'inspiration, sonoréité de tout le thorax, excepté à gauche, antérieurement et inférieurement où le souffle respiratoire n'est pas perçu, et l'on y entend un peu de bronchophonie; crachats rouillés, pouls assez large (108 puls.), mais facilement déprimé; aucun traitement n'a été employé. Saignée de ℥ xij, potion gommeuse avec v grains de tartre stibié, boissons délayantes, tièdes, etc. Le sang se décompose au fur et à mesure qu'il tombe dans le bassin et offre bientôt un caillot peu volumineux nageant dans une sérosité livide et couvert d'une couenne épaisse d'un blanc verdâtre.

Le malade mourut le lendemain matin; quelques cuillerées de la potion avaient provoqué des selles fétides. Je n'ai pu en faire l'autopsie.

Il faut noter ici l'altération générale, l'espèce de cachexie, manifestée au dixième jour de la pneumonie, la décomposition rapide du sang, et la prompte formation de la couenne.

2e *Observation.* — Le 2 décembre 1833, je fus consulté par Martin Matagne, ouvrier-maréchal à Mesnil-Eglise, homme grand, largement constitué, aux cheveux noirs, âgé de 32 ans, et qui, à la suite d'excès alcooliques et d'expositions au froid humide, se trouvait atteint d'un malaise extrême : difficulté d'avaler, toux, céphalalgie sus-orbitaire, langue saburrale sans rougeur, point de soif, anorexie, pouls plein et accéléré. Gargarismes avec l'oximel simple, potion éméto-cathartique, pédiluves irritans, saignée (point de couenne), la potion ne fut pas prise, l'angine s'amenda, mais une toux pénible, un point pleurétique au côté gauche, des crachats sanguinolens, le retour de la céphalalgie, forcèrent le malade à reprendre le lit, où il temporisa encore deux jours avant de demander mes soins.

Le 6 décembre je le trouvai dans une anxiété extrême : pommette colorée, pouls développé (120), respiration courte et haletante, douleur pongitive, matité, souffle respiratoire imperceptible, bronchophonie très-marquée à gauche latéralement, légère matité à droite, antérieurement et inférieurement. Saignée, potion gommeuse avec 6 grains de tartre stibié, boissons émollientes, etc.

Le 7, le sang est recouvert d'une couenne très-forte, les symptômes sont un peu amendés, retour du râle crépitant, pouls à 100 pulsations, mais toujours raide. Il y a eu des selles et des sueurs abondantes. Saignée, xii grains de tartre stibié, etc.

Le 8, couenne très-légère, caillot moins volumineux, les sueurs ont continué pendant tout le jour et la nuit; l'amélioration a été en croissant, la poitrine est parfaitement sonore, excepté à gauche où il reste très-peu d'obscurite dans le son : crachats blancs, visqueux. Potion béchique avec iv gr. de tartre stibié.

Le 9, le malade entra en pleine convalescence; le 14, il avait repris ses occupations.

Il faut remarquer ici la rapidité de la guérison obtenue par les saignées et les antimoniaux. La couenne, nulle à la première saignée, très-prononcée à la seconde, pratiquée le 4e jour de la maladie, cessa complétement à la troisième, qui fut faite à la suite des évacuations alvines et diaphorétiques.

3e *Observation.* — Madame Thiry de Focant, femme robuste, âgée de 50 ans, sujette aux

hémoptysies depuis son retour d'âge, fut atteinte, vers le 20 décembre 1833, de symptômes qu'elle rapporta à la grippe qui venait d'envahir le village; deux jours après, il s'y joignit un point pleurétique, quelques sangsues n'y apportèrent aucun soulagement; le 26, je fus appelé près d'elle, et la trouvai dans une agitation très-pénible: face injectée presque bleuâtre, peau chaude, sèche, pouls petit, très-accéléré (136 puls.), éruptions pustuleuses à la lèvre supérieure, soif vive, vomissemens verdâtres, crachats rouillés, filans, même à distance du malade on entend un râle muqueux crépitant, les bronches paraissent presqu'entièrement obstruées par l'écume, souffle sibillant grave dans tout le poumon droit, matité, râle crépitant humide, du côté droit, bronchophonie dans la fosse sus-épineuse du même côté, ventre souple et insensible. Saignée d'environ xvi onces; boissons émollientes, légèrement béchiques et peu abondantes, position demi-assise.

Le 27, le sang n'offre presque pas de traces de couenne et fort peu de sérum; les symptômes de réaction sont amendés, ceux de la poitrine persistent, pouls petit (130). Saignée d'environ ℥ viii, syncope, la couenne se manifeste à l'instant même de la saignée, gr. xii de tartre stibié.

Le 28, la couenne est très-épaisse, il y a eu des selles et des sueurs copieuses; amélioration notable, pouls à 80, il ne reste qu'un peu de râle muqueux sous la clavicule et dans la fosse sus-épineuse à gauche; mêmes prescriptions.

Les 29 et 30, amélioration croissante. Béchiques. Convalescence courte, guérison.

Cette observation nous offre une imminence d'asphyxie par écume bronchique; la couenne, nulle d'abord, très-prononcée le lendemain, et une guérison rapide, obtenue par les évacuations sanguines, gastro-intestinales et diaphorétiques. La suivante nous offrira encore un cas à peu près semblable, et de plus, un exemple de l'insuffisance des antiphlogistiques et de l'efficacité des antimoniaux.

4e *Observation.* — Nicolas Adam de Vonèche, cultivateur, âgé de 26 ans, tempérament lymphatico-sanguin, avait fait quelques excès de boisson le 26 décembre; le 27, il conduit ses chevaux à la pâture et s'expose au froid humide, revient frissonnant, souffrant du côté, toussant, expectorant du sang; on passe la journée à le faire transpirer; le soir on réclame mes soins; je trouvai ce jeune homme en proie à une réaction très-vive; face vultueuse, etc., pouls large (120), décubitus sur le côté gauche, à la partie supérieure et antérieure de la poitrine, douleur profonde augmentant par la toux et la respiration, 24 inspirations par minute, crachats rouillés, le thorax de ce sujet est mal conformé; les quatre premières côtes et la portion supérieure du sternum font une saillie très-prononcée en avant, et le reste de la poitrine se déprime brusquement et forme un enfoncement de 1 à 2 pouces aussi à la partie supérieure; le son est plus sonore que d'ordinaire, excepté à gauche où cet excès de sonoréité n'existe pas, il s'y manifeste de plus un peu de râle crépitant. Saignée de ℥ xvi décoction d'orge édulc.

Le 28, le sang fibrineux, pas de couenne, l'expectoration diminue, même symptôme. Saignée de ℥ xvi, etc., point de couenne. Le soir nulle amélioration, 15 sangsues sur le point douloureux.

Le 29, le point douloureux et le râle n'existent plus; cependant la persistance de la réaction, la gêne de la respiration, les crachats rouillés indiquent assez l'existence d'une phlegmasie pulmonaire, que la déformation de la poitrine ou plutôt son siége au centre du poumon nous empêche probablement de saisir par les signes de l'auscultation; la langue et les dents sont couvertes d'un enduit fulligineux, le malade me dit qu'il a dormi la bouche ouverte (Piorry), nul symptôme morbide du côté des voies digestives, pouls à 115. Saignée de ℥ xvi environ, le sang beaucoup plus fluide que celui des deux saignées précédentes, se décompose rapidement et offre une couenne blanchâtre, potion avec gr. xii de tartre stibié.

Le 30, il y a eu 5 selles; du râle crépitant sec se manifeste à gauche postérieurement; du reste peu d'amélioration. La peau est sèche, le pouls conserve sa raideur. Nouvelle saignée (couenne plus forte et plus rapide), infusion de bourache avec xvj gr. de tartre stibié.

Le 31, il y a eu de nombreux vomissemens, les secousses qu'ils provoquent, soulagent singulièrement le malade: « Si je ne vomissais plus, j'étoufferais, » me disait-il; du reste, point d'amélioration. Même potion, pommade stibiée en frictions sur la poitrine.

Le 1er janvier 1834, nulle amélioration, les vomituritions continuelles fatiguent maintenant le malade. Je remplace le tartre stibié par le kermès à la dose de XVI gr.

Le 2, il y a eu des selles et des sueurs, le malade se trouve beaucoup mieux; la réaction est moins vive, le pouls est à 80, l'espoir renaît, il y a eu épistaxis, le kermès fut continué pendant trois jours, à la dose de XVI gr., et ensuite à dose décroissante; les sueurs, les urines coulent en abondance, quelques selles ont lieu; des potions béchiques sollicitèrent une expectoration muqueuse assez abondante; et le 10, le malade était presqu'entièrement guéri.

Dans les observations 1re, 2e et 4e, quand la pneumonie a déjà un certain temps de durée, et qu'elle est à son apogée, on voit le sang se décomposer rapidement, et se couvrir à l'instant d'une couenne qui ne se montre pas au début de la maladie ou qui, après quelques jours de durée de celle-ci, ne se forme que plusieurs heures après la phlébotomie.

5e *Observation.* — M. L... de Beauraing, âgé de 60 ans, affecté d'obésité, avait, pendant l'hiver, été atteint d'une toux opiniâtre, et même expectoré des crachats couleur jus de pruneaux; des saignées, un emplâtre stibié l'avaient guéri.

Le 27 avril 1834, il se sentit la respiration gênée, et je lui pratiquai une saignée d'environ XVI onces (pas de couenne).

Je ne le revis que le 2 mai; des symptômes d'une péripneumonie aiguë, étaient manifestes, râle crépitant dans toute l'étendue du poumon gauche antérieurement et postérieurement, crachats rouillés, pouls large (110), réaction vive, etc. Saignée d'environ XX onces, couenne infl. très-forte et rapidement formée. Potion avec un demi-gros d'antimoine diaphorétique.

Le 3, des sueurs abondantes, des urines sédimenteuses ont eu lieu, le malade est assoupi; du reste mêmes symptômes thoraciques, pouls large à 100 puls. Saignée d'environ XVI onces, même potion.

Le soir il n'y a point de couenne sur le sang extrait, le pouls est descendu à 78; du reste, le râle crépitant et les crachats rouillés persistent, des sueurs abondantes continuent.

Le 4, la crépitation a disparu, le pouls est à 72, le malade est mieux, les sueurs continuent.

Vers midi, une recrudescence se manifeste, l'expectoration sanguinolente est abondante, le pouls est à 100. Saignée de XVI à XX onces. J'apprends le soir que le malade avait cessé de prendre sa potion; j'en prescris une nouvelle avec ʒ j d'antimoine diaph.

Le 5, le sang n'offre pas la moindre trace de couenne, une amélioration notable a lieu, le pouls est à 80, des sueurs copieuses ont lieu. Même potion.

Le 6, l'amélioration se soutient, le souffle respiratoire est perçu presque normalement. ʒ ij d'antimoine diaph.; sueur abondante.

Le 7, une éruption confluente et ressemblant beaucoup à la varicelle, se manifeste aux lombes, les sueurs continuent, les urines sont plus abondantes et moins sédimenteuses.

Les 8, 9, 10, 11, l'amélioration va en augmentant, la poitrine est parfaitement sonore, l'éruption lombaire se dessèche, la convalescence s'établit. Looch. avec gr. ij de kermès, infusion de lierre terrestre, en quelques jours le malade se trouva parfaitement guéri.

La couenne nulle à la première saignée, se manifeste à la seconde, pratiquée le 5e jour de la maladie, l'antimoine diaphorétique est administré, il provoque des sueurs abondantes; les symptômes péripneumoniques persistent; et cependant la couenne ne se manifeste plus. Il faut ici noter l'éruption varicelloïde qui s'est manifestée aux lombes. Les journaux fournissent plusieurs cas où telle éruption s'est manifestée à la suite de l'emploi des antimoniaux.

6e *Observation.* — Une semblable éruption est signalée dans une observation tirée de la clinique de M. Bonneau, à l'hôpital des Enfans malades, *Gazette médicale* du 9 février 1833.

7e et 8e *Observations.* M. le docteur Michel de Saumur, rapporte dans la *Gazette médicale* du 20 avril 1833, deux observations dans lesquelles l'amélioration coïncida avec l'apparition d'une semblable éruption, et cela après l'usage interne de l'oxide blanc d'antimoine. Chez un de ces malades, une imprudence fit disparaître subitement l'éruption, et 24 heures après il expira.

9e *Observation.* — Michel Boisieux de Beauraing, journalier, âgé de 57 ans, d'une constitution large, mais brisé par de longs travaux et des chagrins domestiques, était depuis quatre à cinq jours atteint d'un rhume, me dit-il, quand il réclama mes soins, le 2 janvier 1834. Voici quel était son état : Réaction fébrile très-prononcée, pouls large, accéléré, face injectée, ailes du nez et conjonctive jaunâtres, céphalalgie sus-orbitaire, nausées, langue saburalle, sans rougeur, point de soif, toux, crachats visqueux, spumeux, nullement rouillés, à la partie supérieure du poumon droit antérieurement et postérieurement, il y a matité et râle crépitant. Saignée de XVI à XX onces, pulv., hipécac. gr. XX, tartre stibié gr. j, en deux doses.

Le 3, le sang de la saignée est assez fibrineux et offre à sa surface une couche légère, verdâtre, comme huileuse, des vomissemens ont eu lieu, les symptômes thoraciques paraissent légèrement amendés, la peau est moite, la constipation ne cède pas aux lavemens. Huile de ricin ℥ ij.

Le 4, le malade couché dans une chambre humide, petite, son foyer est creusé à deux pieds au moins en dessous du sol, refuse de se laisser transporter ailleurs; ayant dû aller à la garde-robe la nuit, il a subi l'influence du froid humide, un point pleurétique s'est manifesté presqu'instantanément à gauche inférieurement. Le son y est obscur, on y perçoit du râle sibilant, la toux et l'inspiration sont très-douloureuses, le pouls petit et accéléré (95), nul symptôme d'irritation gastrique. 15 sangsues sur le point douloureux, pot. gom. avec gr. V de tartre stibié.

Le 5, il y a eu des selles et des vomissemens; le point douloureux a cessé, le pouls reste précipité, et facilement déprimable, à gauche et surtout en arrière, râle crépitant et matité, crachats visqueux, découragement extrême. Potion avec gr. XII de tartre stibié.

Le 6, il n'y a eu ni selles ni vomissemens; nul amendement, le point pleurétique a disparu; le pouls a repris de la raideur (110). 15 sangsues et potion avec gr. XII de tartre stibié.

Le 7, la poitrine paraît entièrement saine antérieurement; mais le râle crépitant est perçu postérieurement à gauche et même à droite, le malade reste en supination, il se plaint de la difficulté d'expectorer. Les crachats sont plastiques, filans. Potion avec gr. XIJ de tartre stibié, changement fréquent de position, élévation du tronc.

Le 8 janvier, la nuit a été mauvaise, il y a eu imminence d'asphyxie par écume bronchique; on a redoublé les doses de la potion, l'expectoration plus facile et quelques selles ont paru dissiper le danger, le pouls très-faible est tombé à 75 pulsations, la partie postérieure du poumon gauche reste très-fortement entreprise, un hoquet très-fatigant agite le malade, la respiration est anxieuse, tout me fait craindre l'extension de la phlegmasie à la plèvre sus-diaphragmatique. La langue et l'arrière bouche montrent des pustules tout-à-fait semblables à celles que développe sur la peau la pommade d'Autenrieth, une éruption varicelloïde se manifeste aux environs de l'anus ; du reste, les voies digestives paraissent être exemptes d'irritation. Antimoine diaphor. *non lavé* gr. XX, gargarisme émollient, diminution dans la quantité de boissons, position demi-assise.

Le 9, point d'effet marqué, le pouls est intermittent, peau sèche. gr. XL d'antimoine diaph. Emplâtre rubéf. au côté gauche du thorax.

Le 10, nulle amélioration, facies décomposé, stupéfié, somnolence, pouls petit, accéléré et intermittent, sueur visqueuse, rêvasseries, teint livide. gr. XL d'antim. diaphor., 2 vésicatoires au thorax.

Le 11, la position empire, cependant il est à remarquer que, depuis l'emploi des précautions conseillées par M. Piorry, il n'y a plus eu d'imminence d'asphyxie par écume bronchique. Le poumon gauche et la partie inférieure du droit sont complétement imperméables à l'air ; sous l'influence du kermès minéral, j'avais obtenu un amendement léger dans les symptômes thoraciques, mais des syncopes survinrent, la face se décomposa de plus en plus et le malade expira le 15.

Je n'ai pu, malgré mon vif désir, obtenir d'en faire l'autopsie. J'ai pour ainsi dire épuisé toutes les ressources thérapeutiques sur ce malade, sans pouvoir l'échapper, mais ses dispositions morales et les circonstances locales défavorables, peuvent être comptées pour beaucoup dans ce résultat, l'inefficacité des antimoniaux, les symptômes d'altération générale, l'éruption

coccigienne, sont des circonstances remarquables, de même que l'éruption buccale dont nous pouvons citer plusieurs exemples.

10e *Observation.*—M. Andral en rapporte un, *Gazette médicale*, n° 126, de l'année 1833.

11e *Observation.* — M. Luroth de Bischiviller, cite le même cas, même journal, 16 mars 1833.

12e *Observation.*— M. Bricheteau rapporte dans la *Lancette* du 14 mars de la même année, une observation où semblable éruption a eu lieu dans les mêmes circonstances, et dans laquelle l'amélioration ne s'est fait sentir qu'au moment où des urines et des sueurs abondantes se sont manifestées.

13e *Observation.*— Madame Pétron, indigente de Beauraing, âgée de 60 ans, d'une constitution très-frêle et sujette aux congestions pulmonaires, fut atteinte le 3 janvier 1834, d'une légère irritation gastrique, qui céda à une application de quelques sangsues; cependant la malade avait gardé le lit et était restée en supination; le 9 janvier, elle accusa une douleur assez vive dans la région latérale inférieure droite de la poitrine. Respiration douloureuse, courte; pouls assez développé (95), matité et souffle respiratoire très-obscur à la région postérieure et inférieure du thorax, surtout à droite. La peau est sèche. Saignée d'environ ℥ xii, changement fréquent de situation, potion avec gr. x de poudre de Dower.

Le 10, râle crépitant très-manifeste postérieurement. Le pouls est à 110, peau sèche, urines courtes. Saignée de 6 à 8 onces, potion avec gr. xij d'antimoine diaph. non lavé.

Le 11, nul effet, les accidens vont en augmentant, la dyspnée est extrême, la toux devient quinteuse, le râle crépitant s'affaiblit, la matité augmente, la douleur pongitive persiste, le pouls est petit (à 112). Désirant obtenir un effet plus prompt, j'emploie le tartre stibié gr. xij et sur le point douloureux un emplâtre rubéfiant.

Le 13, des vomissemens et des selles ont eu lieu, les symptômes thoraciques n'ont point changé, l'estomac est surexcité, la malade refuse sa potion. Eau de gomme.

Le 14, les symptômes vont en croissant, le son est mat et le souffle respiratoire imperceptible au niveau des angles inférieurs des omoplates, la malade n'a pas uriné depuis trois jours. Potion gomm., chiendent miellé nitré, cathétérisme.

Le 15, nul amendement du côté du thorax, le pouls devient presque insensible, la prostration est extrême. Décoct. de lichen d'Islande, bouillon de veau, cathétérisme.

Le 16, une légère réaction s'opère, il y a un peu d'assoupissement et des rêvasseries, la poitrine est mieux, il y a moins de matité, une crépitation rare se perçoit. Même médication. Sinapismes aux pieds.

Les 17 et 18, la réaction et l'amélioration continuent, le pouls moins faible, ne bat plus que 70 fois par minute, l'assoupissement diminue avec le retour des forces; la poitrine demeura assez long-temps engouée, mais peu à peu elle revint à son état normal; le lichen, les bouillons et même un peu de vin vieux furent continués et ramenèrent la santé.

Je reviendrai plus tard sur cette observation; j'ai détaillé assez longuement les observations précédentes, parce qu'elles m'ont paru n'être pas sans quelqu'intérêt; je ne donnerai plus que des analyses.

14e *Observation.* — M. Burniad de Beauraing, âgé de 25 ans, est atteint de pleuro-pneumonie aiguë depuis un jour et demi; à la première saignée, sang fibrineux, point de couenne; le lendemain soir nouvelle saignée, couenne formée après 4 heures. L'amélioration n'est pas notable, le pouls est petit, la peau sèche. J'emploie le tartre stibié, il survient des sueurs et des selles, en deux jours la convalescence s'établit.

15e *Observation.* — Poucin, cultivateur à Louette-Saint-Pierre, âgé de 54 ans, est atteint depuis deux jours d'une pneumonie aiguë bien manifeste. Le 9 mars, saignée, point de couenne; le 10, sangsues sur le point douloureux, ʒ j d'antimoine

diaphor. non lavé. Le 11, point d'effet marqué; réitéré les 12 et 13; point de sueurs, de selles, des vomissemens ni de supersécrétion urinaire; point d'amélioration. Le 14, nouvelle saignée, couenne inflammatoire formée à l'instant un gros et demi, d'antim. diaph. dans une potion laxative; des selles et des sueurs abondantes se déclarent, et la convalescence s'établit en peu de jours.

L'influence favorable des sécrétions est ici de la dernière évidence; on en trouvera de nouvelles preuves dans presque toutes les observations qui vont suivre.

16e *Observation.* — Sophie Reiguière de Vonèche, âgée de 12 ans, est atteinte d'une pleuro-pneumonie, contre laquelle j'ai vainement employé la phlébotomie et les sangsues. L'antim. diaphor. est employé à la dose d'un demi gros par ℥ j; il excite des urines sédimenteuses et abondantes, et en trois jours la convalescence s'établit.

16e bis *Observation.*—M. le docteur Picart, dans la *Gazette médicale* du 28 janvier 1833, publie trois observations analogues aux précédentes.

Dans une pneumonie traitée par les antimoniaux, malgré la complication de gastro-entérite, et cela à cause de l'insuffisance des antiphlogistiques, l'observateur précité a vu l'amélioration survenue s'évanouir dès que l'émétique ayant été suspendu, les nombreuses évacuations alvines et la diaphorèse ont cessé; et le mieux revenir dès que l'usage du tartre stibié eût ramené les selles.

17e *Observation.* — Pleuro-pneumonie. Saignée de bras après plusieurs jours de maladie; couenne inflammatoire, les déplétions sanguines sont sans aucun succès. Tartre stibié à haute dose, abondante diaphorèse; amélioration notable; la diaphorèse se ralentit, recrudescence des symptômes, elle se rétablit; mieux continu; guérison.

18e *Observation.*— Pleuro-pneumonie, impuissance des antiphlogistiques directs. Emétique à haute dose, diaphorèse, amendement des symptômes; une inflammation de l'arrière-bouche force à suspendre l'usage du tartre stibié, recrudescence des symptômes, reprise du tartre stibié; guérison.

M. le rédacteur du journal précité termine en faisant remarquer que l'amélioration a toujours été accompagnée de diaphorèse et engage les praticiens à s'assurer si l'un des caractères ou le caractère principal de l'efficacité de la méthode rasorienne est la production d'une forte diaphorèse. Si cette condition était rendue incontestable, ajoute-t-il, elle servirait d'indication précise à l'emploi ou à la continuation de l'emploi de cette méthode.

La *Lancette* du 5 février 1833, contient l'observation suivante de péripneumonie aiguë, traitée par M. Andral, au moyen de l'oxide blanc d'antimoine.

19e *Observation.*—La maladie date de 8 jours, le 13 septembre. Saignée, couenne épaisse. Oxide blanc d'antimoine à haute dose, administré pendant quatre jours, sans produire aucune sécrétion, nulle amélioration; le 17, des sueurs se manifestent; le 18, mieux notable. Le malade sort guéri le 21.

20e *Observation.* — M. Munaret (*Gazette médicale* du 13 avril 1833), en publiant 37 cas de péripneumonie aiguë guéris par le tartre stibié, dit : La diaphorèse est le signe constant de l'action du tartre stibié et le pronostic d'une terminaison favorable.

21e *Observation.*—Nous lisons dans le *Résumé des conférences de M. Louis*, que sur 16 malades atteints de pneumonie et traités par le tartre stibié, 14 ont eu de la diarrhée, 12 des vomissemens. Il est impossible, dit ce savant observateur d'attribuer *un effet simplement relatif* à l'émétique. Jamais il n'a observé d'irritation gastrique, après son usage; ceux de ses malades qui ont succombé, avaient passé 60 ans.

22e *Observation.* — M. Grave, de Dublin (*Gazette médicale*, 18 juin 1833), rapporte une observation de pneumonie guérie complétement en moins de 36 heures, par les déjections excitées par le choléra-morbus; on peut, dit le célèbre professeur anglais, induire de là que

le tartre stibié et les autres moyens dont l'action imite le choléra, sont de la plus haute valeur dans le traitement des maladies pulmonaires; et plus bas, il ajoute : Je crois que le tartre stibié agit tantôt d'une manière, tantôt d'une autre, je l'ai vu souvent réussir sans qu'il ait produit aucun effet sur l'organe digestif.

23e *Observation.* — M. Constant, dans le *Bulletin général de thérapeutique*, août 1833, rend compte de l'emploi des antimoniaux dans la pneumonie des enfans malades, service de M. Baudelocque.

Le tartre stibié a provoqué neuf fois sur dix des vomissemens et des selles. Cet effet n'a point suivi l'administration de l'oxide blanc d'antimoine, mais il n'est pas indiqué s'il y a eu diaphorèse ou subsécrétion urinaire. Au reste, les antimoniaux ont paru plutôt nuisibles qu'utiles chez les enfans très-jeunes.

Dans la *Gazette médicale* du 13 décembre 1833, le docteur Duplat cite plusieurs observations de pneumonie guérie par les saignées unies aux antimoniaux; il en est une entr'autres dans laquelle la dérivation sur les voies digestives et l'effet salutaire des évacuations sont bien manifestes.

24e *Observation.*— La pneumonie était compliquée de gastro-entérite; à mesure que celle-ci cédait aux antiphlogistiques les symptômes thoraciques devenaient de plus en plus évidens. On administre le tartre stibié, l'entérite reparaît avec diarrhée sanguinolente, etc., et la pneumonie s'amende; le 4e jour l'emploi des émolliens a fait cesser l'irritation des voies digestives. Le 5e, recrudescence des symptômes péripneumoniques. Reprise des antimoniaux; la constipation est remplacée par une légère évacuation alvine, une abondante diaphorèse se déclare, et la potion n'était pas achevée qu'une convalescence solide était établie.

25e *Observation.*— *Lancette* du 17 décembre 1833, clinique de M. Chomel. Le 2 décembre, un porteur d'eau est atteint de pneumonie. Saignée. Le 3, nulle amélioration, de plus accidens du côté des voies digestives, diarrhée, etc.

Le 5, il est admis à l'hôpital. Saignée, le sang se réunit en un caillot recouvert de la couenne (4e jour de l'affection).

Le 6, nulle amélioration. Saignée, couenne.

Le 7, même état, saignée, on n'indique pas si la couenne existait.

Le 8, les symptômes étaient appaisés du côté du tube intestinal, mais persistaient quant au thorax. gr. xij puis gr. xviij de tartre stibié; vomissement, évacuations alvines.

Les 12 et 13, on ne donne que gr. ij pour le même véhicule, les effets sont les mêmes et la pneumonie guérit.

M. Chomel termine en disant que c'est alors que certains praticiens pensent que les effets primitifs du tartre stibié sont en raison inverse de la dose à laquelle on l'administre, et que, si quelquefois il ne produit pas de vomissement, c'est qu'on l'associe à des véhicules aromatiques, à l'opium même.

26e *Observation.* — Nous terminerons par les deux observations suivantes, publiées par M. Picart, dans la *Gazette médicale* du 28 janvier 1834.

Une pneumonie avec complication de gastro-entérite, est considérablement amendée par de hautes doses de tartre stibié, des sueurs et des selles avaient lieu; on suspend le tartre stibié, les sécrétions cessent, les symptômes s'exaspèrent; on le reprend, les sécrétions se rétablissent, le malade guérit.

27e *Observation.* — Péripneumonie datant de plusieurs jours. Saignée du bras, sang couenneux, saignées très-abondantes, nulle amélioration. Tartre stibié à haute dose, diaphorèse abondante, amélioration notable, les sueurs diminuent, et *malgré la continuation du tartre stibié*, les symptômes s'exaspèrent, les sueurs se rétablissent, une amélioration continue conduit bientôt le malade à la guérison.

Après des faits aussi nombreux et aussi concluans, douter encore me paraît difficile.

Récapitulons les divers phénomènes qui ont suivi l'administration des antimoniaux.

La première et la plus importante remarque à faire, c'est qu'il y a toujours eu supersécrétion soit cutanée, soit urinaire, soit gastro-intestinale.

Sur les 18 observations rapportées, il y a eu 11 fois des vomissemens ou des selles. Voyez d'ailleurs les résultats obtenus par MM. Louis et Baudelocque, nos 21 et 23.

Des éruptions se sont montrées sur la langue, les amygdales et dans l'arrière-bouche, mais elles me paraissent tout-à-fait accidentelles, et le résultat de l'action topique du tartre stibié et non de l'action vraiment thérapeutique.

Je ne connais que 5 cas où il y ait eu *révulsion réelle* sur la muqueuse intestinale : l'observation n° 24, en offre un où elle a été utile. Dans la *Lancette* du 14 mars 1833, M. Andral en rapporte un autre où il a trouvé des ulcérations de l'intestin grêle, chez un sujet atteint de fièvre typhoïde et de pneumonie. Le tartre stibié paraît avoir été nuisible. M. Piorry a vu le tartre stibié administré contre la pneumonie, produire une fois une gastrite avec fausses membranes et deux fois la rougeur de la muqueuse de l'estomac. Par contre, nous lisons plusieurs observations où l'on a donné le tartre stibié, malgré une gastro-entérite concomitante, et cela avec succès.

13 fois la diaphorèse a coïncidé avec l'amendement des symptômes; les observations 5, 15, 17, 18, 19, et surtout 24, prouvent combien la supersécrétion cutanée a eu d'influence sur la marche de la pneumonie. Les éruptions observées aux nos 5, 9, 6, 7, 8, ne laissent aucun doute sur l'action qu'exercent les antimoniaux sur la peau.

Les résultats obtenus par M. Munaret (n° 20) s'accordent parfaitement avec les miens et sont même plus concluans.

Les urines ont paru augmentées deux fois (nos 4 et 16); je dois dire que mon attention ne s'est dirigée sur ce point que depuis peu de temps, et les expériences de MM. Trousseau et Bonnet sont de nature à faire croire, que la supersécrétion urinaire est presque constante.

Presque toujours le pouls est devenu d'abord irrégulier et souvent il se ralentissait.

La respiration est devenue moins fréquente, mais cet effet se faisait souvent attendre, et nous a paru dépendre d'un commencement de résolution de la phlegmasie pulmonaire.

Relativement à la différence qu'apporte dans ses effets le choix de la préparation antimoniale, je dois dire que je n'ai observé que ce que beaucoup de praticiens avaient déjà vu avant moi, et que d'ailleurs j'ai trop peu employé les préparations autres que le tartre stibié, pour pouvoir me prononcer avec assurance. Toutefois je dirai que j'ai vu plus souvent les vomissemens et les selles se montrer après l'emploi du tartre stibié; mais cela est loin d'être constant; tantôt ce sont des sueurs, tantôt des urines abondantes, et quelquefois toutes ces diverses supersécrétions à la fois; ce qui est une des raisons qui me portent à regarder le tartre stibié comme la préparation la plus active, et c'est l'opinion de beaucoup de praticiens.

Le kermès a souvent excité des selles, quelquefois des vomissemens, des sueurs.

L'antimoine diaphorétique non lavé sollicitait ordinairement des sueurs abondantes.

Au reste, cette différence est loin d'être aussi fixe que certains auteurs paraissent le penser; j'ai parlé des effets variables du tartre stibié; dans l'observation 15e, l'antimoine diaphorétique a sollicité des selles; dans la 16e, la sécrétion des urines.

Le kermès (ne 4) a provoqué des sueurs et des urines copieuses, etc. Il est certain que leur degré de solubilité, les dispositions particulières du sujet, la période de l'affection, le mode d'administration doivent influer sur les effets qui suivent l'emploi des diverses préparations; mais leur résultat commun, la guérison d'une même maladie, leur composition chimique, la similitude générale des phénomènes qu'ils amènent me portent à regarder leur action principale, médicatrice essentielle, comme toujours semblable au fond et s'exerçant sur un même système; et si nous poursuivions plus loin nos recherches théoriques le nerf ganglionnaire serait à nos yeux le système modifié par ces agens.

En effet, il est démontré par de nombreuses expériences, que le tartre stibié produit toujours ses effets, soit qu'on l'introduise par l'estomac, ou par la surface cutanée externe, ou par injection veineuse; de là on est déjà conduit à regarder son action comme s'exerçant sur les nerfs, et si nous considérons que les effets constans des antimoniaux sont une augmenta-

tion dans les sécrétions, et une modification du mouvement du cœur, nous serons naturellement portés à penser au système qui préside à ces fonctions, c'est-à-dire au système nerveux de la vie organique, et cela avec d'autant plus de raison, que jamais nous ne voyons, comme l'ont fait remarquer les expérimentateurs, le moindre trouble dans le système nerveux de la vie animale résulter de l'emploi des antimoniaux. Les éruptions que l'on observe à la peau après leur usage intérieur, ne prouvent pas, selon moi, que ces agens portés dans le torrent circulatoire vont agir directement sur les organes sécréteurs, comme le tartre stibié agit frotté sur la peau, ou par son passage sur la muqueuse buccale ; non, les boutons qui forment ces éruptions n'ont pas la forme de ceux que provoque la pommade d'Autenrieth, mais sont beaucoup plus petits et ressemblent plutôt aux pustules de la varicelle (obs. 5 et 6); d'ailleurs l'antimoine diaphorétique administré intérieurement en provoque aussi (*Voyez* obs. 5, 6, 7 et 8), et frotté sur la peau avec le plus grand soin, il n'en a pas produit la moindre trace.

Mais si les antimoniaux agissent constamment sur le même système, pourquoi les mêmes effets ne s'ensuivent-ils pas toujours? A cela je répondrai qu'il faut l'attribuer aux circonstances dans lesquelles on les administre, aux médicamens auxquels on les associe, aux dispositions individuelles, et, si je puis m'exprimer ainsi, aux besoins divers de l'économie souffrante, et si l'on veut aller plus loin, je répondrai par cette autre question : Pourquoi une grande quantité d'eau chaude fait-elle tantôt suer, tantôt vomir, tantôt uriner?

Mais laissons ces digressions purement théoriques.

L'action essentielle des antimoniaux me paraît une et toujours semblable, mais néanmoins je crois très-important de tenir compte des effets les plus ordinaires de telle ou telle préparation antimoniale pour pouvoir l'appliquer avec plus de discernement aux cas particuliers; c'est ce dont je parlerai plus tard.

Mais l'administration des antimoniaux à haute dose constitue-t-elle un mode particulier de médication, comme la saignée, la révulsion? Je ne le crois pas; elle tient plutôt à l'un et à l'autre de ces modes médicateurs, et je pense que, dans ce cas au moins (dans le traitement de la pneumonie), le contro-stimulisme bien examiné, rentre tout-à-fait dans le domaine de la thérapeutique ordinaire. D'abord examinons si l'action des antimoniaux à haute dose diffère réellement de celle qu'ils exercent aux doses ordinaires; puis nous chercherons à expliquer comment ils sont efficaces contre la phlegmasie pulmonaire.

(*La suite au prochain numéro.*)

UN MOT SUR L'HOMOEOPATHIE.

(2e LETTRE.)

Dans notre première lettre nous avons promis d'exposer les résultats de nos expériences, nous tenons parole. Pour prouver aux incrédules, s'il en est, notre scrupuleuse exactitude, nous leur assurons que les malades ont été visités plusieurs fois dans la journée et les notes recueillies d'un commun accord près de leurs lits. Bien plus, nous ne rapporterons pas les essais faits avant le 1er mai avec des dilutions homœopathiques préparées à l'établissement (1). Ce n'est qu'à dater de cette époque que nous avons employé des dilutions tirées par M. le pharmacien Bourlard de la pharmacie homœopathique de Bruxelles.

(1) Lors de l'envoi des rapports du premier trimestre 1834, l'un de nous écrivait à l'inspecteur général : « On a essayé la méthode homœopathique sur 12 malades atteints de fièvre intermittente, 3 ont été guéris par ce genre de traitement ; chez les 9 autres on a dû recourir aux moyens ordinaires. Tout porte donc à croire que les moyens allopathiques sont toujours les meilleurs. Nous continuerons cependant nos essais. »

1re Observation. — *Fièvre inflammatoire catarrhale; synocha catarrhalis d'*Hoffman.

Dair, soldat au 12e de ligne, âgé de 20 ans, d'une moyenne taille, d'une complexion robuste et d'un tempérament sanguin bilieux, avait été exposé deux nuits de suite à un temps froid et humide. Le 1er mai il éprouva quelques frissons vagues, puis une chaleur inusitée accompagnée d'une céphalalgie intense. La maladie ayant éclaté avec violence, il fut envoyé le 2 à l'hôpital militaire vers 3 heures de l'après-midi. A son entrée, il offrait les symptômes suivans :

Tête fortement entreprise, céphalalgie violente avec sensation de battemens et d'élancemens dans la tête; douleur compressive au front et au-dessus des yeux que le malade avait de la peine à ouvrir; face rouge et tuméfiée; bords des paupières sécrétant un mucus purulent; narines bouchée par le gonflement de la membrane pituitaire. Langue assez propre et humectée, un peu rouge sur ses bords; soif vive; ardeur douloureuse à la gorge qui rend la déglutition difficile. Cou raide; sentiment de lassitude. Pouls plein et accéléré; peau chaude; respiration difficile, suite d'une douleur contuse à la poitrine, etc.

Diagnostic : fièvre inflammatoire.

Prescription : Une poudre d'aconit à la décillionième puissance; légère décoction d'orge pour boisson; précautions diététiques indiquées.

Vers 9 heures du soir, curieux de voir les résultats de ce traitement, nous revîmes le malade avec quelques confrères. Il avait dormi quelques heures après la prise de son premier globule, l'état de la peau et du pouls annonçait une disposition à la transpiration; les autres symptômes étaient les mêmes. A 11 heures de la nuit une seconde poudre fut ordonnée. La nuit fut calme et le malade eut deux déjections alvines copieuses.

Le 3, à la visite du matin, les symptômes inflammatoires étaient moins intenses, le pouls plus régulier, la langue moins rouge, les yeux moins animés, etc. 2 poudres d'aconit à la même puissance que la veille, une le matin et l'autre le soir. Vers 4 heures, exacerbation, intensité plus grande de tous les symptômes : pouls dur et plein, 120 pulsations; peau aride et brûlante; langue noire et sèche, rouge au pourtour; dents fuligineuses; soif vive; prostration; face rouge, animée, exprimant la souffrance; même traitement.

Le 4, à la visite du matin, l'intensité de tous ces symptômes étant loin d'avoir diminué, nous fit craindre la fièvre typhoïde. Nous ne pouvions sans compromettre les jours du malade continuer le traitement homœopathique. Sur-le-champ nous prescrivîmes une saignée de ℥ xvj, une décoction d'orge avec l'acide tartarique, et des fomentations émollientes sur l'abdomen ballonné et sensible à la pression.

Le soir, même état, couenne très-épaisse. La saignée est répétée. Nuit agitée.

Le 5, à la visite du matin, pas d'amélioration. Respiration fréquente et gênée, douleur et chaleur à l'épigastre; peau et langue desséchées, soif vive, constipation; agitation universelle. 20 sangsues à l'épigastre, fomentations émollientes.

Le soir, exacerbation; nouvelle saignée pour combattre la stupeur. Nuit assez calme.

Le 6 au matin, mieux sensible : diminution dans le nombre et la force des pulsations, disparition de l'enduit qui recouvrait la langue et les dents; légère moiteur de la peau qui devient douce au toucher; urines troubles. Des déjections alvines ont eu lieu pendant la nuit.

L'exacerbation observée la veille au soir a lieu le 6 à la même heure, mais avec plus d'intensité : face animée, regard fixe; langue sèche; soif vive, peau brûlante, pouls fort et accéléré; respiration gênée, douleur très-vive au talon droit, où on fait appliquer 15 sangsues. Du reste, la prescription se borne à un lavement émollient, tout nous faisant espérer que la maladie prenait un caractère intermittent et que nous aurions une apyrexie le lendemain matin.

Le 7 à 8 heures du matin, mieux prononcé; tous les symptômes du dernier soir sont disparus; enfin l'intermittence est prononcée. 12 grains de sulfate de quinine en quatre doses : 3 grains à dix heures, 3 à onze, 3 à midi et 3 à 1 heure. L'accès n'a pas lieu.

Le 8, même état, même médication.

Le 9, guérison complète. Deux bouillons. Les alimens sont graduellement augmentés, et le 13 Dair entre à la salle des convalescens.

2e Observation. — A côté de ce cas où l'emploi du traitement homœopathique a failli devenir funeste, nous en rapporterons un autre qui lui est tout-à-fait analogue sous le triple rapport de la cause, du tempérament et de l'affection, mais contre lequel nous avons employé tout de suite les antiphlogistiques, pour avoir un point de comparaison.

Jean Casseback, soldat du train d'artillerie, âgé de 32 ans, d'un tempérament sanguin, ayant été soumis aux mêmes causes de maladie que Dair, entre à l'hôpital le 3 mai, offrant les mêmes symptômes que lui. Forte saignée; régime antiphlogistique. Le lendemain matin, répétition de la saignée, et le 5 Casseback va jouir du soleil de mai.

3e Observation. — Ce 3e cas appartient à la pratique civile de l'un de nous :

M. H....., jeune homme de 23 ans, d'une constitution robuste, d'un tempérament sanguin et sujet aux angines tonsillaires, éprouve le 1er mai, à la suite d'un refroidissement, un accès de fièvre. Il quitte la campagne pour revenir chez ses parens et me fait appeler le 2 au soir. État du malade : gêne de la déglutition et de la respiration; rougeur et tuméfaction des tonsilles; langue saburrale; enrouement, fièvre très-prononcée et accompagnée des symptômes inflammatoires. C'était bien le moment d'employer les antiphlogistiques, et le jeune homme lui-même m'en priait. Considérant cependant que la sueur qui s'était déclarée le matin après un froid de 2 heures, persistait à être forte et générale, et contre indiquait ainsi la saignée, je crus pouvoir, sans danger pour le malade, prescrire une poudre d'aconit ce même soir et une pour le lendemain matin, en proscrivant la boisson une heure avant et une heure après l'ingestion du médicament; pour boisson ordinaire je donnai l'eau panée avec du sucre.

Le 3 au matin, la difficulté d'avaler et de respirer est plus grande; les mots sont confusément articulés; la soif est plus vive, le pouls plus dur et plus fréquent; enfin, les symptômes sont augmentés. Le malade avait pris sa seconde poudre et transpirait encore; je crus prudent de ne pas interrompre cette sueur abondante et d'attendre l'effet de la méthode homœopathique. Le soir, le malade était près de suffoquer. 20 sangsues à la gorge, gargarisme avec l'infusion de feuilles de ronces et sirop de mûres, catap. émoll. sur la piqûre des sangsues.

Le 4, mieux sensible; tout annonce la résolution de l'inflammation des amygdales. Mêmes moyens (sangs. catapl. et gargar.)

Le 5, guérison.

4e Observation. — Antonia G., fille d'un officier, âgée de 12 ans, d'un tempérament nervoso-sanguin, présenta dans le courant de mai tous les symptômes caractéristiques d'une gastro-entérite intense. Malgré l'emploi d'une saignée, l'application de 8 sangsues à l'épigastre et l'usage des antiphlogistiques le mal empirait. Le 10, l'un de nous est appelé en consultation. État de l'enfant : face rouge, surtout aux pommettes, yeux injectés, chaleur à la peau, céphalalgie, langue saburrale, toux fréquente qui augmente la douleur de la tête; légère oppression, 116 pulsations; envies de vomir; légère difficulté d'avaler. La maladie se prêtant au traitement homœopathique et l'aconit étant indiqué, on en prescrivit 2 poudres à la décillionnième puissance, à prendre le matin et le soir.

Le 11, pas de changement. Même prescription.

Le 12, symptômes plus graves. Même médication encore.

Le 13, la maladie a pris le caractère typhoïde, le cerveau paraît s'embarrasser. Force est de revenir aux antiphlogistiques. 8 à 10 sangsues à l'épigastre, boissons émollientes.

Le 14, mêmes moyens. On persévère dans le traitement allopathique; et le 22 la jeune malade est en pleine convalescence.

Une troisième lettre sera consacrée à d'autres observations.

Mons, 1er novembre 1834.

A. Decourtray, Méd. principal pensionné.
A. Accarain, D. M.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOPITAL ST-PIERRE.

Extirpation *d'un polype osseux, remplissant l'orbite, le sinus maxillaire et la narine du côté droit.* — Observation recueillie par Ch. Van Swygenhoven, fils, interne au grand hôpital civil.

Louis Leurquin, âgé de 24 ans, d'une constitution bilioso-sanguine, entra à l'hôpital-St.-Pierre le 17 septembre 1834. Il était atteint d'une tumeur osseuse, immobile, qui remplissait la fosse orbitaire dans toute sa totalité; l'œil sortait de sa cavité au moins d'un demi pouce; cet organe était situé à la partie externe et supérieure de la tumeur, dont la naissance datait de deux ans. L'œil avait conservé sa grandeur ordinaire; cependant les rayons lumineux n'étaient pas si bien perçus du côté malade que du côté sain; l'iris se contractait bien; la sclérotique était injectée et pas la moindre douleur ne se faisait sentir dans toutes ces parties. L'impossibilité de respirer par la narine droite, était produite par un petit polype qui se trouvait à la partie supérieure de la fosse nasale droite, et que l'on supposait être un prolongement de celui qui s'était développé dans l'orbite. L'œil affecté ne pouvait se mouvoir qu'avec beaucoup de difficulté, encore ces mouvemens étaient-ils très-bornés; les paupières ne pouvaient se fermer totalement, et il existait un épiphora qui incommodait beaucoup le malade. Le malade réclama l'opération avec instance, et, ne voyant aucune autre voie de guérison que celle-ci, M Seutin y procéda le 22 septembre (après que le malade y eut été préalablement préparé) de la manière suivante : Le malade étant couché horizontalement sur le dos, la tête un peu élevée, il fit une incision sémi-elliptique, d'un pouce et demi d'étendue, à la partie inférieure de la paupière inférieure dans la direction des fibres du muscle orbiculaire; la partie antérieure de la tumeur fut mise à découvert, en ayant soin d'épargner autant que possible les voies lacrymales. S'étant bien assuré qu'elle était immobile, deux trous y furent pratiqués au moyen d'un trépan perforatif. La difficulté avec laquelle on y pénétra, nous fit juger que l'on avait à faire à une tumeur éburnée, épaisse et entièrement osseuse, et nous fit désespérer pour un moment de la réussite de l'opération; mais étant parvenu à glisser une spatule entre la tumeur et les bords orbitaires, l'opérateur détacha tout le périoste en ménageant les voies lacrymales. M. Seutin parvint bientôt à l'ébranler au moyen d'un davier appliqué dans les deux ouvertures, pratiquées par le trépan perforatif et en extraya une partie, qui avait la forme et la grandeur de la tête d'un humérus; elle était concave et spongieuse à sa partie interne et dure, éburnée à sa partie externe. Continuant ses recherches, il s'assura qu'une grande partie restait encore à extraire, principalement celle qui remplissait le fond de l'orbite; au moyen d'un élévatoire il parvint à enlever cette partie du polype, celle du sinus maxillaire, ainsi que celle qui, par un prolongement, se faisait jour, dans la fosse nasale droite. La portion qui se trouvait dans le sinus maxillaire et dans le nez, était aussi dure que la précédente, et était en outre couverte de petits polypes charnus, qui s'y attachaient; au contraire la portion qui se trouvait dans le fond de l'orbite et qui occupait toute sa concavité, était spongieuse et friable. On extraya ensuite avec le plus grand soin, toutes les parcelles osseuses qui pouvaient rester dans ces cavités et on fit quelques injections pour les nettoyer. En introduisant le doigt dans la plaie on pouvait parfaitement sentir le nerf optique et pénétrer dans le sinus maxillaire droit. Un point de suture fut appliqué près de l'angle externe de la plaie, une mèche de charpie fut introduite dans l'angle interne, et le malade, pansé, fut remis au lit, soumis à une diète sévère; de l'eau édulcorée pour boisson. Pendant toute l'opération le malade perdit peu ou point de sang.

Les 23 et 24 se passèrent bien : pas le moindre mal de tête ne s'est fait sentir; des injections sont faites dans la plaie et une petite mèche y est maintenue. Il est à remarquer que l'eau des injections sort très-bien par la plaie et par le nez; le pouls et la langue sont dans un état normal.

Le 25, un gonflement érysipélateux se manifeste du côté droit de la face; on coupe le fil de la suture que l'on suppose produire l'érysipèle. Des compresses, imbibées d'une décoction

émolliente, légèrement tiède, sont appliquées sur le côté malade ; on supprime les mèches ; on continue les injections et la diète comme les jours précédens.

Les 26, 27 et 28, l'érysipèle diminue progressivement ; même régime, même pansement.

Le 30, l'érysipèle a disparu ; il y a seulement encore un peu de tuméfaction ; la suppuration est belle ; elle s'écoule facilement, ainsi que les injections, par la plaie et par le nez. Le pouls est satisfaisant, la langue belle et les selles régulières.

Le 1er octobre, on n'observa plus la moindre trace d'érysipèle ni de gonflement. La plaie a un très-bel aspect et commence à se cicatriser ; l'œil est parfaitement sain ; il se meut dans tous les sens ; la vision en est parfaite. Le prolapsus de la paupière supérieure commence à se rétablir. On lui accorde une nourriture plus substantielle.

Les jours suivans il ne se passe rien de remarquable ; la maladie marche vers sa guérison.

Le 10, le malade peut être considéré comme entièrement rétabli ; la paupière supérieure s'élève avec une facilité surprenante, cependant l'inférieure est encore un peu gonflée.

On lui prescrit une friction, matin et soir, avec un demi-gros chaque fois d'onguent mercuriel.

Le 17, Louis Leurquin sort parfaitement rétabli.

Réflexions. — Cette opération délicate est d'autant plus intéressante que M. Scutin avait d'abord jugé la conservation de l'œil impossible. Cependant, avant de commencer l'opération, il prévint ses élèves qu'il allait tenter de conserver cet organe ; et à sa plus grande surprise et au plus grand avantage du malade, il parvint à lui conserver l'œil intact, ainsi que les voies lacrymales. L'opéré ne conserve aucune difformité, on s'aperçoit à peine qu'une opération aussi grave a été pratiquée, et je pense que d'ici à quelques jours toutes les traces en auront disparu. Ce qu'il y a de plus heureux c'est que l'œil qui était sorti de son orbite, n'est nullement altéré dans ses fonctions, que les voies lacrymales sont libres, et que la respiration est facile par la narine droite.

La planche ci-jointe représente l'état du malade avant l'opération.

Observation de cystotomie *pratiquée par la méthode recto-vésicale*, recueillie par J. C. Segers, Chirurgien à St Nicolas (Flandre orientale).

M. S..... fils, âgé de vingt-trois ans, demeurant en cette ville, d'une constitution nervoso-sanguine, doué d'une grande sensibilité, était depuis dix-huit ans en butte à des douleurs violentes en tout semblables à celles qui accompagnent la pierre dans la vessie et qui le faisaient cruellement souffrir. Dans le principe, on fut pendant un an obligé de le sonder deux fois par jour, afin d'alléger les douleurs qui étaient insupportables lorsqu'il urinait sans ce moyen. Il consulta successivement les chirurgiens les plus renommés, sans obtenir le moindre soulagement ; les uns n'y voyaient qu'une cystite, d'autres croyaient à une affection de reins, etc. Son mal empirait toujours quoique lentement, excepté les douleurs après avoir uriné, de sorte que peu avant l'opération il marchait entièrement courbé, ayant toujours la verge serrée entre les doigts, ce qui le soulageait beaucoup ; il souffrait davantage s'il venait à faire un faux pas ou s'il heurtait quelque chose.

Au mois de mars de cette année je fus mandé chez le jeune homme ; il refusa de se laisser sonder, parce qu'il l'avait encore été quelques semaines auparavant, et il craignait que les douleurs ne vinssent à augmenter pendant quelques jours comme cela arrivait toujours ; après l'avoir interrogé sur son état et les divers traitemens qu'il avait subis, je jugeai qu'il avait la pierre, ou qu'il était atteint d'une affection organique de la vessie. C'est pourquoi je proposai aux parens de m'adjoindre un praticien expérimenté, afin de m'assurer de la nature de sa maladie que je supposais avoir été méconnue jusqu'ici, ce qui expliquait l'insuccès des nombreux remèdes employés.

Quelques jours après je me rendis avec lui à Bruxelles, chez M. le professeur Scutin ; le

malade souffrit beaucoup pendant la route, et il fut constamment obligé de se tenir debout dans la voiture.

M. Seutin, dès l'introduction de la sonde, toucha la pierre; je m'en assurai en même temps : nous la jugeâmes volumineuse ou en nombre, parce qu'on la sentait dans presque tous les mouvemens du cathéter. Nous résolûmes donc de l'opérer par la méthode recto-vésicale, si les parens y consentaient; le patient y était dès ce moment décidé.

Ses parens voulurent à peine croire qu'il avait la pierre, parce que depuis dix-huit ans il avait été sondé au moins par une douzaine de chirurgiens qui n'avaient pas reconnu l'existence du calcul.

Le jour de l'opération fut fixé au 15 avril; pour y préparer le malade, une saignée fut jugée nécessaire, et tous les trois jours un bain, un lavement et l'introduction du doigt dans l'anus, afin de l'y habituer, ainsi qu'une nourriture légère. Il prit la veille une once et demie d'huile de ricin, et un lavement fut administré quelques heures avant l'opération. Tout étant disposé, nous le plaçâmes sur une table bien élevée, garnie d'un matelas plié en double, ses mains fixées aux pieds; un aide lui tenait les épaules par derrière, quelques collègues présens voulurent bien se charger de tenir les genoux et le bassin de chaque côté; l'incision faite avec la plus grande habileté de l'anus jusque dans le bas fond de la vessie, fut l'affaire d'un moment; le malade ne proféra aucun cri. M. Seutin, en introduisant alors le doigt dans la vessie, y trouva trois calculs, placés comme dans une poche particulière, produite probablement par l'ancienneté et le poids des calculs; ceux-ci furent extraits l'un après l'autre; ils avaient la forme triangulaire et la grosseur d'une grosse noix muscade; il n'y eut presque pas d'hémorrhagie; on mit le malade dans un bain à 26 degrés (Réaumur); il y resta une demi-heure, après quoi on le plaça au lit, les cuisses liées ensemble et à demi-fléchies.

En visitant le malade le soir avec M. le docteur Guinard, nous le trouvâmes presque sans douleur, le pouls un peu plus fréquent qu'à l'ordinaire; c'est pourquoi nous lui fîmes une saignée de douze onces. Le pouls revint à son type normal.

Le lendemain il nous dit qu'il n'avait presque plus de douleur, et qu'il avait passé une bonne nuit; il était sans fièvre et paraissait très-content. La diète fut continuée; eau sucrée pour boisson. L'urine s'écoula par la plaie, qui fut de temps en temps bassinée avec de l'eau chaude.

Le soir et le jour suivant, même état; pendant ce jour on lui mit un lavement, dont le résultat fut une évacuation considérable d'urine et de matières fécales.

La diète fut continuée jusqu'au 4e jour; alors nous lui accordâmes un peu de soupe, et nous augmentâmes journellement la quantité de nourriture pour favoriser la cicatrisation de la plaie qui, dans ce cas, se fait difficilement chez les personnes maigres. A compter de ce jour jusqu'au 15e il allait journellement à la selle sans lavement, et urinait par la plaie à volonté, en se mettant sur son séant. L'urine était chargée de beaucoup de glaires; la nuit suivante, il ressentit l'envie d'uriner, mais il n'osa y satisfaire; le lendemain, 17e jour, la même chose eut lieu, et alors une partie sortit par la verge, et l'autre par la plaie, qui, à cette époque, était guérie de trois quarts. De ce jour jusqu'au 22e, il urina alternativement par la plaie et par l'urètre, et depuis lors il n'a plus rendu une seule goutte d'urine par la plaie qui, au 30e jour de l'opération, était radicalement guérie. Un seul accident est survenu à la fin du traitement : l'irritation causée par l'opération était plus sensible le long du canal de l'urètre (sans écoulement), le malade, lorsqu'il a commencé à marcher, a négligé de porter un suspensoir, c'est pourquoi l'irritation s'est déplacée sur les testicules, qui se sont gonflés considérablement; nous l'avons combattue par deux applications d'une trentaine de sangsues et des cataplasmes émolliens.

Réflexions. — Cette opération nous a paru intéressante sous divers rapports : 1° parce que la plupart des auteurs rejettent cette méthode comme étant la plus sujette aux fistules urinaires, souvent incurables, ce qui est tout-à-fait contraire à ce fait; 2° par l'absence de toute fièvre et de douleur, que j'attribue particulièrement au bain, à la saignée et à la diète sévère après l'opération; 3° par l'émission volontaire de l'urine dès le 4e jour de l'opé-

ration lorsque le malade se mettait sur son séant ; 4° par l'extension qu'avait subie une partie de la vessie formant presque une poche particulière, qui contenait les calculs : ce qui explique pourquoi on n'a pas réussi à trouver les calculs dans le cathétérisme pratiqué si souvent.

5° Par le déplacement de l'irritation de l'urètre sur les testicules, faute de les suspendre, ce qui prouve que l'inflammation ne doit pas être de nature blennorrhagique pour produire ce qu'on appelle vulgairement chaude-pisse tombée dans les bourses.

Et 6° par la longue durée de la maladie.

A ces réflexions nous ajouterons les suivantes qui font ressortir les avantages de la méthode recto-vésicale sur les autres procédés opératoires :

Quoique la lithotomie remonte à la plus haute antiquité, il n'est pas étonnant qu'elle ait été presque toujours meurtrière jusqu'au 16e siècle ; car avant cette époque elle fut souvent pratiquée par des hommes qui n'avaient aucune connaissance en anatomie, ce qui explique le précepte si connu sous le nom de *Serment d'Hippocrate.*

Je vais indiquer succinctement les accidens qu'on a à redouter dans les quatre méthodes employées par les lithotomistes, afin de démontrer, ce qui me paraît hors de doute, que la méthode recto-vésicale mérite la préférence sur les autres.

Dans cette dernière on n'a pas à redouter la lésion des vaisseaux volumineux qui donnent souvent lieu à des hémorrhagies mortelles dans la taille *latéralisée;* les lèvres de la plaie faite à la prostate, dans ce dernier cas, se rapprochent par le gonflement, et par leur contact, ne laissent pas passer l'urine, qui passe alors plus facilement par la plaie faite au corps de la vessie, que par l'orifice vésical et s'infiltre dans le tissu cellulaire qui entoure la prostate : de là, des suppurations, des gangrènes, et par la suite l'inflammation du péritoine, dont les suites sont presque toujours funestes.

La seconde dite *bilatérale,* qui n'expose pas il est vrai à intéresser des artères volumineuses, a, comme les autres tailles prostatiques, l'inconvénient de présenter une incision en boutonnière dont le diamètre vertical est toujours petit, ce qui produit une déchirure de la prostate et du tissu fibreux qui l'environne lorsque le calcul est volumineux : cette méthode est par conséquent sujette aux mêmes accidens.

La troisième ou hypogastrique, pratiquée par plusieurs opérateurs de premier mérite, entre autres par MM. Dupuytren et Lisfranc, avec peu de succès, prouve qu'elle ne peut être pratiquée que très-rarement.

La taille *recto-vésicale*, quoique peu généralement suivie ici et en France, a sur les autres des avantages très-marqués : plus simple et plus prompte dans son exécution, elle n'expose pas aux hémorrhagies ni aux infiltrations urineuses ; la voie est plus courte, et la plaie correspond au plus grand écartement des os du bassin, de manière qu'on n'est pas exposé de devoir recourir au haut appareil, comme cela arrive quelquefois dans la première et seconde méthode.

Les inconvéniens que présente la méthode recto-vésicale sont les fistules urinaires, accidens dont les autres ne sont également pas exemptes, et la lésion des conduits éjaculateurs à laquelle on a attribué, je crois, sans fondement, l'impuissance.

Enfin des tableaux comparatifs déduits des résultats obtenus des autres méthodes et de celle-ci sont tout en sa faveur.

TABLEAU *analytique des plantes vénéneuses et suspectes qui croissent sur le sol de la Belgique, accompagné d'exemples remarquables d'empoisonnemens par ces plantes;* par F. DUBOIS, Docteur en Médecine, à Tournay.

Non eget hic Medicus, non lectis mollibus æger; ambulat, et subitò mirantur funus amici. (PROPERT.)

Il existe en France, en Allemagne, en Hollande et dans plusieurs autres pays, des ouvrages spéciaux sur les plantes vénéneuses indigènes ; en Belgique aucun ouvrage de ce genre n'existe ;

c'est pour combler cette lacune (*) que je publie ce tableau des plantes vénéneuses de notre pays (1). Je n'entreprendrai point de prouver l'utilité d'un tel travail ; je dirai seulement que rien n'est plus utile, plus indispensable à connaître que les plantes nuisibles qui croissent partout sous nos pas. Qu'arrivera-t-il si, nous confiant trop aveuglement à nos sens, nous avons négligé d'apprendre que tel fruit dont le palais est flatté, telle fleur dont l'odorat et la vue sont agréablement affectés, sont autant de substances vénéneuses dont l'usage est des plus pernicieux. Pourra-t-on soupçonner que les fruits de la belladone qui ressemblent parfaitement à des cerises, que le fruit du pied-de-veau, le lait des euphorbes, sont autant de poisons mortels? Hésitera-t-on de prendre l'oronge fausse, pour l'oronge vraie, la petite ciguë pour du persil, etc.? Il est indispensable que chacun sache que parmi les végétaux qui croissent partout en abondance sous nos pas, il en est qu'on ne doit sentir toucher, goûter, approcher même qu'avec la plus grande circonspection; qu'il en est qui, sous un air de bonté, une forme appétissante, une couleur brillante, une odeur suave, cachent les germes du plus affreux poison. Ce sont ces plantes surtout qu'il est important de connaître ; il faudrait même que dès notre plus tendre enfance, on nous apprît à les discerner, on nous fit sentir tout le danger qu'il y aurait d'en faire usage, comme on nous apprend à nous défier des animaux nuisibles, du feu, de l'eau et de beaucoup d'autres causes de destruction.

Si l'on était plus instruit et moins téméraire; si l'on apprenait à distinguer les plantes vénéneuses de celles qui ne le sont pas, on aurait moins souvent à déplorer la mort tragique d'un fils ou d'un frère, etc., qui succombe au milieu des angoisses et des plus affreuses convulsions.

POISONS IRRITANS.

FAM. DES VACCINIÉES. (BATSCH.) — TRIB. BRYONNIÉES. (DUM.)

Bryone, *Bryonia dioïca*, Jacq. (**), partout dans nos haies. L'application extérieure de la racine de bryone irrite la peau et la rubéfie presque comme les sinapismes. Il résulte des expériences de M. Orfila (2), que 4 gros de cette racine en poudre ont fait périr un chien en vingt heures environ, que trois gros en infusion en ont fait périr un autre dans le même temps.

TRIB. CUCURBITÉES. (DUM.) FLOR. BELGICA.

Momordique élastique, *Momordica elaterium*, L., les prairies pierreuses de la province de Namur. (Dum.) D'après Orfila (3) trois gros d'extrait d'élaterium introduits dans l'estomac d'un chien l'ont fait périr en six heures de temps.

FAM. DES THYMELÉES. (JUSS.)

Bois gentil, *Daphne mezereum*, L.-J., dans nos bois montueux. (Dum.) Les observations de Wedel, de J.-M. Hoffmann, de Linné, attestent que l'écorce de bois gentil, introduite dans l'estomac y détermine une violente inflammation, et quelquefois la mort. Les semences ne sont pas moins vénéneuses que l'écorce. Linné rapporte que 12 de ces semences ont suffi pour donner la mort à une fille (4).

(*) L'un de nos meilleurs botanistes, M. J. Kickx, s'est déjà occupé en partie de ces végétaux, ainsi que des plantes médicinales, distribués d'après le système de Linnée, dans un ouvrage in-4°, couronné en 1827 par l'université de Louvain. (*Note du Rédacteur.*)

(1) Je me réserve de publier plus tard, un ouvrage beaucoup plus étendu, intitulé : *Histoire des Plantes vénéneuses et suspectes de la Belgique.*

(**) Elle nous paraît plus naturellement placée dans les *Cucurbitacées*. (L.)

(2) Toxicologie, 2e part., p. 13.

(3) Ouv. cité, 2e part., p. 15.

(4) *Fl. suecicæ.*

FAM. DES EUPHORBIACÉES. (JUSS.) — TRIB. PARONYCHIÉES. (DUM.)

Euphorbe cyprès, *Euphorbia cyparissias*, L., dans les pâturages secs des environs de Fraipont, de Verviers, de Sutendal, etc. (Lejeune, fl. de Spa); à Long-Près (Hoequart, fl. du départ. de Jemmappes); dans les chemins arides de la Flandre orientale (Ch. Vanhoorebeke, Catalogue des plantes de la Flandre orientale). Le suc de cet euphorbe est une substance fortement irritante : 5 onces de ce suc ont fait périr un chien par la violence de l'inflammation (1).

Euphorbe ésule, *Euphorbia esula*, L., dans les environs de Maestricht et de Namur (Lej., ouv. cité); dans les champs, à Haren, Dieghem, Ever (Kickx, flor. Brux.); dans les bois secs de la Flandre orientale. (Mussche, *Hortus gandav.*)

Euphorbe Gerard, *Euphorbia Gerardiana*, Jacq., au bord des rivières. (Degeer, *Pl. Belgii confader.*)

Euphorbe des bois, *Euphorbia sylvatica*, L., dans nos bois.

Euphorbe peplus, *Euphorbia peplus*, L., fréquente dans les lieux cultivés.

Réveil-matin, *Euphorbia heliscopia*, L., très-abondante dans les lieux cultivés.

Euphorbe menu, *Euphorbia exigua*, L., dans les champs argilleux. (Dum.)

Euphorbe à larges feuilles, *Euphorbia platyphyllos*, L., dans les moissons près de Theux, Sougnez, Verviers (Lej., ouv. cité), et dans les champs sablonneux de la Flandre orientale. (Ch. Vanh., ouv. cit.)

Euphorbe de la Meuse, *Euphorbia Mosana*, N., sur les bords de la Meuse, entre Liége et Maestricht. (Lej., ouv. cité.)

Euphorbe peplis, *Euphorbia peplis*, L., dans les endroits sablonneux de la province du Hainaut. (Desm.)

Euphorbe de Nice, *Euphorbia Nicœnsis*, L., dans la fagne et le bois d'Havré. (Hocq., ouv. cité.)

Euphorbe des blés, *Euphorbia segetalis*, L., les champs des environs de Tournay (Hocq., ouv. cité) et des deux Flandres. (Edwards, Tab. des plantes indigènes du départ. de la Lys.)

Euphorbe verruqueuse, *Euphorbia verrucosa*, L., lieux humides. (Mussche, ouv. cité.)

Euphorbia portlandica, L., les haies de la Flandre orientale. (Mussche.)

Presque toutes les plantes dont je viens de parler renferment un suc laiteux, âcre, parfois volatil, toujours caustique.

FAM. DES CONIFÈRES. (JUSS.)—TRIB. CUPRESSINÉES. (RICH.)

Sabine, *Juniperus Sabina*, L., dans les lieux montueux de la Flandre orientale. (Ch. Vanh.) A hautes doses la sabine enflamme le tube digestif. M. Orfila (2) a fait périr deux chiens auxquels il avait donné à l'un 4 gros et à l'autre 6 gros de poudre de sabine. Murray (3) rapporte l'exemple suivant des tristes résultats que peut avoir l'usage de cette plante : Une femme de 30 ans, dans l'espoir de sauver sa réputation, prit une infusion de cette plante, qui causa des vomissemens affreux et continuels. Au bout de quelques jours elle fut prise de douleurs violentes. L'avortement eut lieu, mais accompagné d'une hémorrhagie utérine, qui causa promptement la mort de l'infortunée.

FAM. DES CRASSULACÉES. (JUSS.) — TRIB. SEMPERVIVÉES. (DUM.)

Sedon brûlant, *Sedum acre*, L., sur les murs et dans les endroits sablonneux. Toutes les parties de cette plante ont une saveur âcre et presque caustique; deux chiens auxquels M. Orfila fit prendre 4 onces et demie du suc de cette plante moururent en moins de 24 heures (4).

FAM. DES RENONCULACÉES. (JUSS.) — TRIB. CLEMATIDÉES. (DEC.)

Clématide des haies, *Clematis vitalba*, L., assez fréquente dans nos haies et nos bois. Les

(1) Orfila, ouv. cité, 2e part., p. 39.
(2) Ouv. cité.
(3) *Apparatus medicaminum*, etc.
(4) Orfila, ouv. cité, 2e part., p. 89.

mendians se servent, dit-on, de cette plante, appliquée à l'extérieur pour se faire venir des ulcères; administrée à l'intérieur, à l'état frais, elle tue les animaux d'après M. Orfila.

Clématide élevée, *Clematis erecta*, L., dans les endroits secs, près Habay, dans le grand-duché de Luxembourg (Dinant). Cette plante paraît avoir toute la causticité de la précédente, mais nous manquons d'expériences à son égard.

TRIB. RENONCULÉES. (DEC.)

Renoncule âcre, *Ranunculis acris*, L., fréquente dans les prés. Les feuilles de cette plante sont très-âcres, et employées en Islande pour produire des vésicatoires.

Renoncule des champs, *Ranunculus arvensis*, L., dans nos moissons. C'est une des espèces les plus caustiques du genre auquel elle appartient. Brugnone a observé que les moutons paraissent la manger avec plaisir, et qu'elle leur est souvent funeste.

Renoncule scélérate, *Ranunculus sceleratus*, L., dans les lieux marécageux, et au bord des eaux. Krapf essaya sur lui-même la renoncule scélérate. Une seule fleur qu'il avala bien broyée, lui causa dans l'abdomen des convulsions violentes et des douleurs aiguës. Cette plante, appliquée sur les tempes, a causé des douleurs, une chaleur insupportable et l'évanouissement; appliquée sur les jointures, elle les a raidies. Presque toujours elle produit des ulcères et d'autres symptômes fâcheux (1).

Renoncule flammule, *Ranunculus flammula*, L.; cette espèce est une des plus âcres. Il résulte d'un grand nombre d'expériences que j'ai faites sur moi-même, que les feuilles de cette plante, broyées, font lever des ampoules en peu d'heures. On a des milliers d'exemples que des troupeaux entiers ont péri pour avoir brouté ce végétal.

Renoncule bulbeuse, *Ranunculus bulbosus*, L., dans les prés secs. Villars a employé les feuilles de ce végétal comme vésicantes; ses bulbes empoisonnent les rats; on a vu des enfans périr pour en avoir mangé.

Beaucoup d'autres espèces de renoncules croissent sur notre sol, si elles sont moins vénéneuses que les espèces précédentes; on doit cependant s'en défier, car la plupart des espèces de ce genre sont pourvues d'une âcreté plus ou moins marquée.

TRIB. HELLEBORÉES. (DEC.)

Calle des marais, *Caltha palustris*, L. On dit cette plante âcre et vésicante; elle est fort amère et les bestiaux n'y touchent pas.

Pied d'alouette, *Delphinium consolida*, L., dans les moissons des environs de Spa, surtout près de Theux (Lej., ouv. cité); dans les blés à Mourcourt, Vierpe, etc. (Hocq., ouv. cité); dans les deux Flandres et la province d'Anvers (Roucel, flor. du nord de la France); dans les champs à Elmel, Ever, Haren, etc. (Kickx, ouv. cité.)

Delphine d'Ajax, *Delphinium Ajacis*. Cette plante échappée des jardins, se rencontre quelquefois dans les lits desséchés des rivières des environs de Spa. (Lej., ouv. cité.)

Les chèvres et les moutons sont les seuls bestiaux qui mangent sans répugnance ces plantes, que leur analogie d'organisation avec les aconits doit nous rendre très-suspectes.

Nielle des champs, *Nigella arvensis*, L., cultivée dans nos jardins, spontanée parmi les blés de la Flandre orientale (Mussche); dans les moissons près de Maestricht (Lej., ouv. cité.) Les graines de ce végétal sont âcres et brûlantes; Mathiole dit que si on en prenait par trop, elles donneraient la mort. (2)

Ancolie, *Aquilegia vulgaris*, L., dans la forêt de Soigne et le bois de la montagne de Leberg (Rouc., ouv. cité); dans les bois des environs de Verviers, du Limbourg, de Chimay, (Lej., Hocq., ouv. cité). Cette plante d'une odeur vireuse est, comme la plupart de celles de la même famille, de nature suspecte.

(1) Orfila, ouv. cité.
(2) *Commentaire sur Dioscoride*, liv. 3, p. 314.

TRIB. ANEMONÉES. (DEC.)

Adonis d'automne, *Adonis autumnalis*, L., dans les moissons, près de Verviers (Lej.); parmi les blés de la Flandre orientale (Mussche); à Bray, Frameries, Cyply, dans le Hainaut. (Hocq.). Je considère ce végétal comme un véritable poison, quoiqu'elle ne soit considérée comme tel par aucun toxicologiste. Son action est si violente que Clusius rapporte que de son temps les pharmaciens allemands, substituaient sa racine à celle d'hellebore et la regardaient même comme le véritable hellebore d'Hippocrate.

Anemone des bois, *Anemona nemorosa*, L., très-commune dans nos bois. Cette plante d'une grande âcreté, est un poison pour les bestiaux, d'après Bulliard (1); ces animaux périssent dans les convulsions et en urinant du sang, ce qui l'a fait appeler *Herba sanguinaria*, par les auteurs.

Anemone sauvage, *Anemona sylvestris*, L., dans les bois entre Ferrières et Havelange (Lej.) dans les prés humides, à Itterbeck et Dilbeck, près de Bruxelles (Kickx.). Un malade qui avait pris la décoction des feuilles de cette espèce croyant que c'était des feuilles de sarmile, faillit en périr au rapport de Bulliard (2).

Anemone pulsatille, *Anemona pulsatilla*, L., dans les bois arides de la Flandre orientale (Ch. Vanh.). 2 onces du suc de cette plante ont tué des chiens en 6 heures, d'après Orfila (3); sa racine pilée et appliquée à nu sur le gras de la jambe d'un vieillard, y a produit la gangrêne, d'après Bulliard.

FAM. DES PAPAVERACÉES. (DEC.) — TRIB. CHELIDONIÉES.

Grande Chelidoine, *Chelidonium majus*, Mill., très-commune dans les haies ombragées. Plusieurs auteurs considèrent la chelidoine comme un poison corrosif. M. Orfila a rapporté et expérimenté que des chiens ont péri par l'administration de l'extrait de cette plante (4). D'un autre côté, MM. Chevallier et Lassaigne (5) l'ont administré à différens animaux sans produire de mauvais effets. Je dois ajouter que j'ai pris plusieurs fois, moi-même, une décoction très-concentrée de ce végétal, sans en éprouver d'autres effets qu'une légère diurèse (*).

FAM. DES MILANTHIDÉES. (BATSCH.)

Vératre blanc, *Veratrum album*, L., dans les Ardennes (Wolf, Lej.). Vicat rapporte (6) qu'un tailleur, sa femme, ses enfans et ses ouvriers s'empoisonnèrent avec de la soupe, où la femme avait mis de la poudre de veratre blanc pour du poivre.

FAM. DES RHINANTHIDÉES (DUM.)

Gratiole offic., *Gratiola offic.*, L., dans les prairies humides, près de Goer, et dans celles entre Moersom et Fanemors (Lej.); dans les bois ombragés de la Flandre orientale (Ch. Vanh.). Orfila a vu des chiens périr au bout de quelques heures, pour avoir pris 3 gros d'extrait de cette plante (7).

Pédiculaire des marais, *Pedicularia palustris*, L., dans les marais, surtout près de Malmedy, Stavelot, etc. (Lej.); vers Mons, Antoing, Erbaut, Hollair (Hocq.); dans les marais et

(1) Ouv. cité, p. 183.
(2) Ouv. cité, p. 186.
(3) Ouv. cité, 2e part., p. 50.
(4) Ouv. cité, vol. 1, p. 736.
(5) *Journ. de pharmacie*, v. 3, p. 451.
(*) La décoction même très-chargée de ce végétal ne pouvait être nuisible, parce qu'il est bien constaté que cette opération diminue considérablement les propriétés d'un médicament. On ne doit l'essayer qu'à l'état frais ou en macération et digestion. (L.)
(6) *Plantes vénéneuses de la Suisse*, p. 166.
(7) Ouv. cité, 2e part., p. 180.

les prés des deux Flandres. Selon Bulliard, la pédiculaire est regardée de temps immémorial comme une plante suspecte.

FAM. DES AROÏDÉES. — TRIB. ARISARÉES. (DUM.)

Pied-de-veau, *Arum maculatum*, L., très-commun dans nos bois. Il y a des exemples d'enfans morts pour avoir mangé les feuilles de cette plante pour celles d'oseille (1); la racine récente a fait périr des chiens au bout de vingt à trente heures (2).

FAM. DES NARCISSÉES. (BATSCH.)

Narcisse des prés, *Narcissus-pseudo-narcissus*, L., dans les prés et les bois, entre Verviers et Limbourg, dans les prés, près de Soumagne et de Maestricht (Lej.); près de Dilbeck, dans le bois de Ste.-Hélène (Kickx); dans les bois de la Flandre orientale (Ch. Vanh.); ceux des environs de Mons, Tournay, etc. (Hoeq.) L'extrait de cette plante à la dose d'un gros à un gros et demi, tue les chiens assez promptement, d'après M. Orfila (3).

Narcisse poétique, *Narcissus poeticus*, L., dans les fortifications de Maestricht et dans les prés entre Verviers et Ensival (Lej.); dans les vergers, à Calonne près de Tournay (Belval.). Cette plante est probablement aussi délétère que la précédente. J'éprouvai des vertiges et une céphalalgie assez violente pour avoir bu une infusion légère de ses fleurs.

FAM. DES LORANTHÉES. (JUSS.)

Gui vulg., *Viscum album*, L., sur les pommiers, les poiriers, etc. Crantz regarde comme un poison terrible la glu faite de gui.

FAM. DES LOBELIACÉES. (JUSS.)

Lobelie brûlante, *Lobelia urens*, L., dans les endroits secs de la Flandre orientale (Ch. Vanh.) D'après Bulliard cette plante serait âcre et caustique (4).

FAM. DES LEUCOÏDÉES. (BATSCH.) — TRIB. MARICÉES. (DUM.)

Iris germanique, *Iris germanica*, L., dans les environs de Verviers, Spa, etc. (Lej.). Bulliard, et avant lui Guarin et Garidel, avaient observé que la racine fraîche d'iris, prise à l'intérieur à dose trop forte, causait des chaleurs à la gorge, dans l'œsophage, faisait vomir, produisait la dysenterie, des douleurs horribles et quelquefois la mort (5).

Iris jaune, *Iris pseudo-acorus*, L., dans les fossés aquatiques des bois, le long des ruisseaux. Cette plante, d'après Bulliard, est encore plus violente que la précédente. Linné dit que c'est un poison violent pour tout le bétail, excepté pour les chèvres.

PRIMULACÉES. (JUSS.)

Pain de pourceau, *Cyclamen Europæum*, L., dans la forêt des Ardennes. (Dodon.) Les paysans se servent quelquefois de cette plante pour purger, mais son usage cause souvent des accidens graves chez les sujets les plus robustes, comme des inflammations des voies digestives, des sueurs froides, des vertiges, la mort (6).

(1) Orfila, ouv. cité, p. 189.
(2) Orfila, 2e part., p. 98.
(3) Ouv. cité. 2e part., p. 72.
(4) Ouv. cité, p. 290.
(5) Ouv. cité, p. 286.
(6) Ouv. cité, p. 237.

FAM. DES RHAMNÉES.—TRIB. EVONYMÉES. (DUM.)

Fusain vulg., *Evonymus Europæus* (L.), dans les bois et les haies. Les feuilles de cet arbrisseau font mourir les bestiaux, d'après Bulliard; ses fruits ont un goût âcre et nauséeux.

FAM. DES HEDERACÉES. (RAFIN.)

Lierre rampant, *Hedera helix*, L., dans nos bois et sur les vieux murs. Suivant Bulliard le lierre a un goût amère et nauséeux qui décèle en lui un principe âcre et virulent.

FAM. DES NUCULACÉES. (LAM.)

Noyer royal, *Juglans regia* (L.), très-fréquent partout. Il est fort probable que l'écorce de la racine de noyer, prise à l'intérieur, serait un poison violent, car il résulte des expériences de notre savant compatriote, le docteur Wauters de Gand (1), ainsi que des essais multipliés que j'ai tentés sur moi-même avec cette écorce, qu'elle rubéfie la peau en peu d'heures, et pourrait très-bien servir de vésicatoire.

FAM. DES OXALIDÉES. (RICH.)

Impatiente jaune, *Impatiens noli-me-tangere* (L.), dans les lieux humides et ombragés, près Verviers, Nissonvaux, Chaud-Fontaine, Spa, Malmédy. (Lej.) Dans les bois de la Flandre orientale (Mussche), de Belœil de St.-Denis, d'Hanon (Hocq.), de Vorst, de Soigne, etc. (Rouc., Kickx.) C'est une plante âcre dont il faut se défier. Si on en applique un cataplasme sur le ventre, elle fait uriner avec violence (2) Boerhaave rapporte que ses feuilles employées en lavement pour celles de la mercuriale ont eu un effet pernicieux.

FAM. DES LILIACÉES. (JUSS.)

Tulipe sauvage, *Tulipa Sylvestris*, L, dans les prés de la Flandre orientale (Mussche); dans les fortifications de Maestricht et de Tournay. (Lej., Hocq.) La racine a une odeur désagréable, elle est âcre et vomitive selon Vicat et Poiret.

FAM. DES DROSERACÉES. (BATSCH.)

Rossoli à feuilles rondes, *Drosera rotundifolia*, L., dans les marais tourbeux et sphageneux des environs de Spa (Lej.), de Stambruges, de Quevaucamps (Hocq.), d'Anvers, de Lierre, d'Aerschot, de Gand, de Bruges, etc. (Rouc.) Vicat dit que cette plante est âcre et corrosive, au point que broyée avec du sel, elle peut servir de vésicatoire; mais Bulliard ne lui a point trouvé cette âcreté.

FAM. DES ALISMACÉES. (VENT.) — TRIB. SAGITTARIÉES. (DUM.)

Plantain d'eau, *Alisma plantago*, L., dans les fossés et les marais. Haller a observé que cette plante était vésicante. On dit même dans l'*Encyclopédie botanique*, qu'elle est si âcre qu'elle fait mourir les bestiaux. Cependant M. Fée dit avoir pris d'assez hautes doses de cette plante sans en éprouver aucun accident.

FAM. DES OMBELLIFÈRES. — TRIB. PEUCEDANÉES. (KOCH.)

Berce, *Heracleum spondylium* (L.), très-commune dans les prés humides. D'après Loiseleur-des-Longchamps l'écorce et la racine de berce sont tellement âcres qu'elles enflamment, ulcèrent même la peau sur laquelle on les applique; et d'après Decandolle cette ombellifère serait parfois vénéneuse pour les animaux, lorsqu'elle croît dans des lieux trop aquatiques.

(*La suite au prochain numéro.*)

(1) *Repert. remediorum indigen.*, etc.
(2) Bulliard, ouv. cité, p. 369.

VARIÉTÉS.

Société des sciences, lettres et arts d'Anvers, fondée le 10 *novembre* 1834, *et installée à l'hôtel de la Régence.*

C'est à l'infatigable M. de Kirckhoff, docteur en médecine à Anvers, membre de la plupart des Sociétés savantes de l'Europe, qu'est due la naissance de cette société, dont le but est de cultiver et d'encourager les sciences, les lettres et les arts; il a été le premier à concevoir l'idée de la former; à peine avait-il communiqué son projet à quelques amis des sciences que le noyau de fondateurs fut assez considérable pour être arrêté, et la *Société des sciences, lettres et arts d'Anvers* est aujourd'hui entièrement constituée.

La première séance de cette société a été ouverte par M. Legrelle, bourgmestre d'Anvers. Ce magistrat a exposé en peu de mots, que les idées du bien public s'enchaînent et se fortifient par les alliances réciproques et par l'esprit d'association; que jusqu'à présent Anvers n'offrait pas aux professions libérales de centre commun qui réunisse les connaissances, les essais divers qui, pour se trouver isolés, se perdent en tentatives infructueuses. M. de Kirckhoff a ensuite prononcé un discours dans lequel il a développé un plan d'organisation et les différentes propositions pour l'établissement de cette société. Voici une partie de ce discours:

« Messieurs, nous nous sommes assemblés dans le but d'établir à Anvers une société consacrée à la culture et à l'encouragement des sciences, des lettres et des arts, et destinée à propager parmi nos concitoyens l'amour de l'instruction. . . . . .

Cette entreprise, honorable pour notre ville, ne peut manquer de recevoir l'approbation de toutes les personnes qui s'intéressent au bien public, et qui attachent quelque importance à l'honneur national. . . . . .

» On peut avec raison s'étonner que dans une cité riche et éminemment industrielle comme la nôtre, il n'existe pas déjà une de ces compagnies savantes que la marche de la civilisation et le désir d'étendre le cercle des connaissances humaines ont tant multipliées de nos jours... Quel que soit le goût que l'on ait pour l'étude, il est rare qu'on puisse embrasser à la fois toutes les connaissances, et le plus souvent il est sage de se borner à en cultiver quelques branches; mais lorsque les hommes se réunissent en société, marchent d'un commun accord et travaillent avec persévérance au perfectionnement de la science qu'ils cultivent, ils s'éclairent mutuellement; les lumières éparses se rassemblent en un même faisceau, que le talent et l'expérience viennent chaque jour fortifier; et c'est ainsi qu'ils parviennent à réculer les bornes des sciences et des arts. . . . . .

» Je le sais, Messieurs, nous nous imposons une tâche difficile, et qui n'est pas exempte de désagrémens; mais ne nous laissons point rebuter pour les difficultés nombreuses que présente l'organisation d'une société scientifique naissante; sachons les surmonter, ne restons pas indifférens aux intérêts qui réclament nos efforts; faisons abnégation de nous-mêmes, voyons seulement le bien que nous sommes appelés à faire, ne songeons qu'à nous rendre utiles, et efforçons-nous de retirer tous les avantages de ces réunions, que l'amour des sciences provoque et que l'émulation soutient. . . . . .

» Aucun d'entre vous, Messieurs, n'ignore que l'instruction exerce l'influence la plus favorable sur la prospérité et la morale publiques. L'étude des lettres, en éclairant l'homme, polit ses mœurs, fait de lui un citoyen utile, un ami invariable de l'ordre, un auxilliaire puissant de l'autorité..... La méditation et le travail empêchent l'homme de contracter des habitudes vicieuses et lui font goûter un charme qui ne peut être connu que de ceux qui se livrent à l'étude : par l'instruction, on acquiert le sentiment de l'ordre et de l'harmonie qu'il faut apporter et entretenir dans la société, et on en recueille le fruit dans chaque action de la vie..... Les sciences morales nous font connaître les obligations que nous avons à remplir vis-à-vis de nos semblables et de nous-mêmes..... L'étude des sciences physiques et mathématiques, en nous révélant de plus en plus l'étonnante combinaison des élémens dont nous sommes environnés, excite notre admiration, rectifie notre jugement en mettant à notre disposition les moyens de rechercher les plus importantes vérités; mais notre admiration s'accroît lorsque nos réflexions

se portent sur la chaîne des êtres vivans, dont l'homme forme le premier anneau, lorsque nous considérons surtout ce principe intelligent qui place l'homme au sommet de la création, et soumet à son pouvoir tout ce qui l'entoure..... Les sciences naturelles déploient cette innombrable série de combinaisons que la sagesse divine a su tirer de la matière et du mouvement..... Les lettres et les beaux-arts charment nos loisirs et, en nous transmettant les souvenirs du passé, nous fournissent de grandes leçons. Or, Messieurs, quand les sciences, les lettres et les arts n'auraient d'autre résultat que leur heureuse influence sur le sort des hommes, ne mériteraient-ils pas d'être l'objet de notre culte le plus constant? Mais ils ne font pas seulement le bonheur de ceux qui les cultivent, ils assurent encore la prospérité et la gloire des peuples..... Apportons donc, Messieurs, tout le zèle dont nous sommes capables pour faire naître dans notre ville l'amour de l'étude et de l'instruction qui resserre tous les liens de la société et fait germer la vertu dans tous les cœurs, et tâchons de démontrer que la culture de l'esprit est le vœu impérieux de notre organisation, le seul moyen de sortir de la foule commune.....

» Je pense, Messieurs, que les arts industriels, l'agriculture et le commerce, qui sont les nerfs d'un état, réclament toute notre sollicitude aussi bien que les sciences, les lettres et les beaux-arts. La prospérité publique est essentiellement liée à celle du commerce; il convient donc que nous, habitans d'une ville telle qu'Anvers, fixions spécialement notre attention sur les arts industriels, si importans sous le rapport commercial, par lesquels un peuple rend les autres peuples tributaires de ses travaux et de son génie.....»

La société a fait les nominations suivantes :

Président : M. Teichmann, inspecteur-général des ponts et chaussées ; vice-président : M. le Chevalier de Kirckhoff, docteur-médecin ; premier secrétaire : M. l'avocat Veydt, ancien échevin ; deuxième secrétaire : M. Bogaerts, professeur à l'Athénée ; trésorier : M. Legrelle, bourgmestre ; bibliothécaire-archiviste : M. le professeur Mertens, directeur de la bibliothèque de la ville.

La Société a décerné à M. Rogier, gouverneur de la province, le titre de Président d'honneur, que cet ami éclairé des sciences et arts a accepté avec plaisir, en exprimant son désir de faire partie de la Société comme membre effectif.

La médecine tiendra dans cette compagnie le rang qu'elle mérite ; elle fait partie du comité des sciences, auquel six médecins sont attachés.

La Société recevra avec empressement toutes les communications que les médecins lui feront; elle ne manquera pas d'encourager les services rendus à l'humanité souffrante, et regardera comme un de ses devoirs de chercher à contribuer de faire jouir la noble profession de médecin de toute la considération qui lui est due à juste titre.

L'adresse de la Société est à M. Veydt, secrétaire, rue des Tanneurs, à Anvers. Tous les envois lui doivent être faits *franco*.

Programme du prix proposé par la Société médico-pratique de Paris.

La société médico-pratique de Paris n'a reçu qu'un seul mémoire sur la question qu'elle avait mise au concours pour 1834, et tout en appréciant le travail qu'il a dû coûter à l'auteur, elle a regretté de ne pouvoir le couronner. Elle propose pour nouveau sujet de prix pour 1835, la question suivante : *Décrire l'Iritis, établir ses diverses espèces, faire connaître le traitement.*

L'importance des maladies des yeux, aujourd'hui mieux étudiées peut-être, les nouveaux efforts que l'on a faits récemment en France pour en éclairer l'histoire, ont engagé la Société médico-pratique à appeler l'attention sur l'une d'elles, qui présente, à plus d'un titre, le plus grand intérêt. En demandant l'histoire de l'Iritis, la Société appelle surtout des travaux cliniques ; elle désire que si l'on admet plusieurs espèces, celles-ci soient établies d'après des distinctions bien exactes, que des faits bien observés puissent faire apprécier la valeur des moyens de diagnostic, et enfin, que l'on indique avec soin les divers modes de traitement que réclame chacune d'elles.

Le prix est une médaille d'or de la valeur de 300 fr.

Les mémoires, en latin ou en français, doivent être rendus (francs de port), avec les formes académiques ordinaires, chez M. le docteur Alphée Cazenave, secrétaire-général de la Société, rue Saint-Anastase, n° 3, avant le 1er mars 1835.

TABLE DES MATIÈRES

DES JOURNAUX DE PARIS, AVEC LA PAGINATION QUI SE RAPPORTE A CE VOLUME.

Les articles désignés dans la table, par la lettre (a) ont été retranchés pour double emploi.

A. JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICALES.

ANDRIEUX. De l'aménorrhée et de son traitement par l'électricité. 27

ALIBERT. (Leçons sur les maladies de la peau). Dartre squameuse. 29

TOIRAC. De l'évulsion des dents. (2me article). 31

SERRE (D'ALAIS). Du traitement abortif du panaris par les frictions mercurielles. 35

Analyse des journaux de médecine. (a).

A* JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

TROUSSEAU. De la trachéotomie dans le croup. (Dernier article). 51

GENDRON. Dothinentéries épidémiques (4e et dernier article). 58

REYNAUD. Nouveau traitement local des bubons. 65

BONAFOS. Crachement de sang causé par la présence d'une sangsue derrière le voile du palais. 67

CABANÈS. Avulsion, remplacement et consolidation d'une dent douloureuse. ib.

GAVARRET. Emploi de l'ammoniaque dans l'apoplexie sanguine. ib.

COLLIN. Observation de léthargie. 68

HORTELOUP. Vaccine développée chez les personnes inoculées. 69

SEURE. Névralgie faciale du côté gauche, d'abord continue, puis intermittente quotidienne. ib.

Analyses bibliographique et des journaux. (a).

B. ANNALES DE LA MÉDECINE PHYSIOLOGIQUE.

DUHAMEL ET LEGRAND. Rapport sur les consultations publiques données par les membres de la société de médecine pratique. 45

BROUSSAIS ET LABAT. Consultation au sujet d'une hydropisie ascite. 49

C. BIBLIOTHÈQUE HOMOEOPATHIQUE.

PESCHIER. Isopathie, *vaccinine, varioline, leucorrhine, tinéine.* 51

Observations pratiques. 54

CHUIT. Sur l'action comparée de l'aconit. 57

D. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

GERDY. (Leçons de clinique chirurgicale). Observations et réflexions sur le déplacement de la tête du fémur dans la fosse iliaque externe et l'échancrure sacro-sciatique. 127

OLLIVIER (D'ANGERS) ET BARRUEL. Observations et recherches médico-légales relatives à un empoisonnement par le sublimé corrosif. 134

CLAUDIUS TARRAL. Du traitement des tumeurs érectiles, et particulièrement du traitement par le caustique. (Suite et fin). 140

DUPLAY. Observation d'une altération purulente du sang. 146

Affections chroniques du larynx, suite de syphilis; mort par suffocation. 149

E. REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

GIBERT. Quelques réflexions sur la question de responsabilité médicale soulevée à l'occasion de l'affaire Thouret-Noroy. 69
MARTINET. Du traitement du rhumatisme articulaire. 71
PAMARD. Recherches sur le traitement de diverses maladies des yeux (3e et dernier article). 74

G. JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE.

DENIS. Réflexions sur les altérations du sang. 115
ROLLET. De l'emploi du seigle ergoté comme moyen obstétrical et comme emménagogue. 118
BRICHETEAU. Anévrysme, concrétion fibrineuse et purulente du cœur. 121
GAULTIER DE CLAUBRY. Sur les effets immédiats des déchiremens du diaphragme. 123
GÉRARD. De la maladie en général, considérée selon les diverses doctrines médicales. 124

H. JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES.

JOFFRE. Observation de mort apparente après une abondante hémorrhagie. — Considérations sur la mort réelle et la mort apparente. 47
Cas de mort apparente qui s'est prolongée pendant vingt jours. 48
FODÉRÉ. Note critique sur l'emploi médical des préparations antimoniales, sur la créosote et sur la décoction de suie. *ib.*
CULLÉRIER. (Clinique de l'hôpital des vénériens). — Des ulcérations syphilitiques primitives, après la période inflammatoire sur le gland, la vulve, l'urètre, le col utérin. — Complications, formules diverses usitées. 50
LISFRANC. (Leçons cliniques de la Pitié). — Considérations pratiques sur l'ongle dans les chairs. 54

I. GAZETTE MÉDICALE.

DUPARCQUE. Note sur la dermite contusiforme. 275
MAGISTEL. Mémoire sur l'emploi de l'acétate de morphine par la méthode endermique, dans les névralgies. 277
PODRECCA. Guérison singulière d'un anasarque et d'une hydropisie ascite. 280
BOSSINI. Histoire d'un fœtus monstrueux à deux corps. *ib.*
Lettre à M. Rognetta sur cette question : pourquoi, sur deux hommes d'âge moyen, des fractures traitées par l'appareil inamovible ne se sont pas réunies après plus de deux mois. 281
FRERA. Luxation de l'humérus sur l'avant-bras. 282
CARLIZZI. Observation d'un nez totalement séparé du corps, et réuni par première intention. (*a*).
HEINE jeune. Mémoire sur un nouvel instrument, dit ostéotome, pour l'ablation partielle des os. 283
A. BOYER. Revue des cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu de Paris. 291
1° Affection typhoïde sous forme inflammatoire. 292
2° Fièvre intermittente tierce. 293
3° Érysipèle à la face. 294
4° Rhumatisme articulaire. 296
5° Métro-péritonite. 297
MARTINET. Mémoire sur un nouveau procédé opératoire propre à prévenir la récidive du cancer. 298
CHAPMAN. Remarques et observations sur le tic douloureux. 305
HARRIS. Observation de paraplégie guérie par le galvanisme. 307
JACKSON. Emploi de la belladone dans le traitement de la coqueluche. 308
HUSTON. Observation d'hypertrophie des mamelles. *ib.*
HARRIS. Cas de névralgie traités par le galvanisme. 309
SWETT. Destruction de l'utérus, du périnée et du rectum à la suite d'un accouchement; guérison. *ib.*
POTTER. Note sur la pneumonie bilieuse. 310
MEIGS. Remarques sur une méthode d'effectuer l'accouchement dans le cas de difformité du bassin. 311
GOELIS. Exposé succinct des différentes méthodes de traitement employées à l'hôpital des enfans malades de Vienne. *ib.*
Analyse des journaux français. (*a*).

J. LANCETTE FRANÇAISE, GAZETTE DES HOPITAUX.

Responsabilité médicale. (*a*).
BRICHETEAU. Observation d'arthritis chronique. 143
Lettre des médecins de Paris à M. le Docteur Thouret-Noroy. (*a*).
RICORD. Fongus du col de l'utérus; amputation suivie de succès. 145
DUPUYTREN ET SANSON. Observations de hernies étranglées dont le diagnostic a offert de la difficulté. 147

PARADIS. Observation d'abcès du médiastin simulant un anévrysme de l'aorte ascendante. 149
Acarus de la gale. (a).
VIDAL (DE CASSIS). Observation de hernie étranglée. — Choléra mortel. 151
Sur le conseil de santé des armées. (a).
TOMMASSINI. Résumé d'une conférence clinique sur une pneumo-diaphragmite chez une femme enceinte de six mois. 152
GUERSENT. Observation de coqueluche traitée avec succès par l'extrait de belladone. 154
» Observation de péritonite tuberculeuse. 156
AMUSSAT. Hernie crurale gauche étranglée, réduite après cinq jours d'étranglement, au moyen du taxis gradué forcé. 157
» Broiement d'une pierre murale de 18 lignes de diamètre, sur un vieillard de 81 ans. 159
HUSTON. Hypertrophie des mamelles. (a).
GUERSENT. Péricardite aiguë entée sur une péricardite chronique; hypertrophie du cœur. 161
SOUBERBIELLE. Taille sus-pubienne chez un homme de 72 ans; extraction de 70 calculs; guérison. 162
Choléra-morbus de Bilbao (Espagne). 163
LAZABAS. Expériences sur la torsion des artères. 165

L. BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

FORGET. Considérations sur l'air atmosphérique envisagé comme moyen thérapeutique. 99
T. CONSTANT. Note sur l'emploi de la térébenthine dans quelques affections de poitrine chez les enfans. 102
CARON DU VILLARDS. De l'ustion sinciptale employée dans la période extrême de l'hydrocéphalite aiguë chez les enfans. 103
Note sur une nouvelle espèce de fistule stercorale chez la femme et sur les moyens de la guérir. 104
De la compression abdominale dans certains cas d'accouchemens difficiles. 106
A. CHEVALLIER. Note sur un sirop de rhubarbe préparé avec le suc extrait des pétioles des feuilles. 107
FUSTER. Des crises et de leur valeur thérapeutique. 108
MAX. SIMON. De la limitation de l'érysipèle idiopathique par la cautérisation. 110
CIVIALE. Coup-d'œil sur le catarrhe de la vessie et son traitement. 112
De l'efficacité des mercuriaux dans le traitement des affections inflammatoires des yeux. 114
Expériences sur le tritoxide de fer hydraté dans l'empoisonnement par l'arsenic. 116

M. JOURNAL DE PHARMACIE.

POGGIALE. Recherches sur le principe actif de la salsepareille. 59
BONASTRE. Note sur une nouvelle matière cristalline retirée du girofle. 62
BUNSEN. Le tritoxide de fer, nouvel antidote de l'acide arsenieux. 63
LIÉBIG. Analyse de l'acide urique. 63
VIREY. Nouvelle espèce de smilax antisyphilitique. 64
Rapport sur un mémoire de M. Langlois intitulé : Recherches sur l'iodure d'amidon. 65
DE SAUSSURE. De l'altération de l'air par la germination et la fermentation. 66

N. JOURNAL DE CHIMIE MÉDICALE ET DE TOXICOLOGIE.

Recherches sur le principe actif de la salsepareille. (a).
FLEUROT. Sur la vente des racines d'eupatoire et des feuilles de chanvre. 49
BOUTIGNY. Réflexions sur les opérations des experts écrivains. ib.
OLLIVIER (D'ANGERS) ET CHEVALLIER. Examen des taches qui avaient été considérées comme faites par du sang. 51
FLEUROT. Observations sur l'onguent populeum. 54
REICHEMBACH. Note sur la découverte de la pittacale. 55
» Note sur le picamare. ib.
Plante qui fournit la gomme ammoniaque. 56

TABLE DES MATIÈRES DU BULLETIN MÉDICAL BELGE.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

Essai sur l'emploi des antimoniaux dans le traitement de la pneumonie; par M. le Dr. SOVET. (1er article). 189
Un mot sur l'homœopathie; par MM. les Docteurs DECOURTRAY et ACCARAIN. (2e lettre). 198
Clinique chirurgicale de l'hôpital St.-Pierre. — Extirpation d'un polype osseux, remplissant l'orbite, le sinus maxillaire et la narine du côté droit : Observation recueillie par CH. VANSWYGENHOVEN, fils, interne. 201

Observation de cystotomie pratiquée par la méthode recto-vésicale ; par J. C. Segers. 202
Tableau analytique des plantes vénéneuses et suspectes qui croissent sur le sol de la Belgique, accompagné d'exemples remarquables d'empoisonnement par ces plantes ; par le Dr. F. Dubois. (1er article). 204

O.

P.

VARIÉTÉS.

Société des sciences, lettres et arts d'Anvers. — Séance d'ouverture. 211
Prix proposé par la société médico-pratique de Paris. 212

BIBLIOGRAPHIE.

SOCIÉTÉS SAVANTES.